Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok III. Kwiecień—Maj 1931 Nr 4-5.

Pielęgniarka Polska Nr 4-5

TREŚĆ:

Numer poświęcony dziecku

Od Redakcji.

Dr. T. Mogilnicki: Szpitalnictwo dziecięce w Polsce i jego zadania

Irena Miedzińska: Pielęgnowanie dziecka przy zapaleniu płuc

Prof. Dr. W. Jasiński: Odpowiedzialność pielęgniarki wobec dziecka

W. Bukowska: O izolowaniu noworodków

Dr. P. Mężyński: Działalność pielęgniarki społecznej w poradni dla matek

M. K. Odwiedziny u niemowlęcia

H. Legutkówna: Praca pielęgniarki szkolnej

Różne

L'Infirmière Polonaise Nr 4-5

SOMMAIRE:

Numéro concernant la question de l'enfance

Avant — propos

Dr. T. Mogilnicki: Les hôpitaux pour enfants malades en Pologne

Mlle I. Miedzińska: Soins en cas de pneumonie

Prof. Dr. W. Jasiński: Responsabilité de l'infirmière dans les hôpitaux des enfants malades

Mlle W. Bukowska: L'isolement des nourriçons

Dr. P. Mężyński: Activité de l'infirmière visiteuse dans une consultation prénatale

M. K. Visite au nourriçon

Mlle H. Legutko: Le travail de l'infirmière scolaire

Divers

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.
Pojedyńczy numer 1 zł.

W Ameryce rocznie $1^1/_2$ dolara
We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń $^1/_4$ str. 25 zł., $^1/_2$ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Rok III. Kwiecień-Maj 1931 Nr. 4-5.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Od Redakcji

Wydając numer poświęcony niektórym zagadnieniom z zakresu szpitalnej i społecznej opieki nad dzieckiem, przypomnieć chcemy Deklarację praw dziecka, opracowaną w Genewie przez Radę Generalną Międzynarodowego Związku Pomocy Dzieciom i przyjętą przez Komitet Wykonawczy 17 marca 1923 roku, a będącą dziś symbolem zainteresowań współczesnych sprawą zawsze najważniejszą i wiecznie aktualną.

I. Dziecku powinno się dać możność normalnego rozwoju fizycznego i duchowego.

II. Dziecko głodne winno być nakarmione; dziecko chore — pielęgnowane; dziecko niedorozwinięte — odpowiednio kształcone; dziecko zbłąkane — zwrócone na właściwą drogę; sierota i dziecko opuszczone — wzięte w opiekę i wspomagane.

III. Dziecko powinno przed innymi otrzymywać pomoc w czasie klęski.

IV. Dziecko powinno być przygotowane do zarobkowania na życie i zabezpieczone przed wszelkim wyzyskiem.

V. Dziecko powinno być wychowane w wierze, że jego najlepsze cechy powinny być oddane na usługi współbraci.

Czyż wypełnianie każdego z poszczególnych punktów Deklaracji nie leży w znacznej mierze w zakresie codziennej pracy pielęgniarskiej?

Zarówno pielęgniarki szpitalne, jak i społeczne mogą, posiadłszy fachowe wyszkolenie, zdziałać w tej dziedzinie niezmiernie wiele, tem bardziej, że jest im ona, jako kobietom, szczególniej bliską i drogą.

W szpitalach, lecznicach, ambulatorjach, sanatorjach, prewentorjach, kolonjach leczniczych pielęgniarka poświęca się dziecku choremu, a bez inteligentnego wykonania zleceń, bez jej umiejętnego pielęgnowania i ścisłej obserwacji, wysiłki lekarza, zdążające do dobra dziecka, w wielu wypadkach poszłyby na marne.

W drugim dziale, w pielęgniarstwie społecznem, niema zagadnienia z zakresu opieki nad dzieckiem, z któremby pielęgniarka nie współdziałała. Od najwcześniejszego okresu życia dziecka, jeszcze przed jego urodzeniem, pielęgniarka dba o jego zdrowie, pracując z ramienia poradni dla kobiet w ciąży; poradnia dla niemowląt, dla dzieci przedszkolnych, higjena szkolna — to dalsze etapy jej pracy i wysiłków.

To, czego brak dziecku z powodu złych warunków materjalnych, niedostatecznej opieki lub złego wpływu otoczenia — temu pielęgniarka stara się zapobiec w codziennej pracy odwiedzin domowych. Oczywiście całokształt nasuwających się zagadnień nie leży ani w możnościach, ani w kompetencjach pielęgniarki. Wielu bolączkom zaradzić może bezpośrednio, lecz wielu innym — przez skierowanie do instytucyj opiekuńczo-wychowawczych, ścisły z niemi kontakt i najszersze wyzyskanie dostarczonych przez nie możliwości.

Wysiłki, dokonane w Polsce dla sprawy dziecka, są jeszcze nikłe wobec ogromu potrzeb. Nie wystarczy inicjatywa Rządu, samorządów, instytucyj społecznych i pojedyńczych osób: rękojmię powolnego, lecz stałego postępu dać może tylko przejęcie się tą sprawą całego społeczeństwa, które musi zrozumieć, że niema przyszłości narodu bez zdrowych fizycznie i moralnie dzieci.

Zainteresowanie życiem dziecka, jego zdrowiem, jego psychiką nie powinno nigdy słabnąć, lecz szczególniej mocno wzbiera w okresie, specjalnie dziecku poświęconym — w T y g o d n i u d z i e c k a.

Zadaniem Tygodnia dziecka, organizowanego corocznie przez Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem na terenie całej Rzeczypospolitej, jest propaganda w najszerszem słowa tego znaczeniu oraz zdobywanie potrzebnych środków dla instytucyj, opiekujących się dziećmi. Do tych celów służą akademje, odczyty i pochody propagandowe, prasa, kwesty, sprzedaż znaczków, odznak, nalepek, dalej zabawy ludowe i t. d.

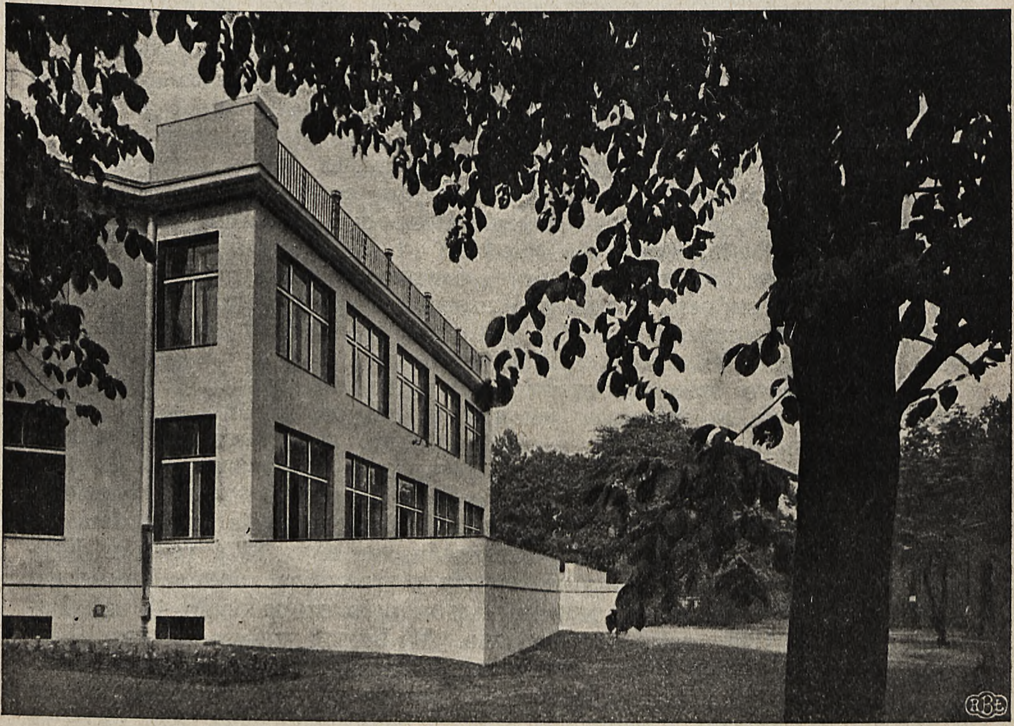
Tegoroczny Tydzień Dziecka trwa od 24 do 31 maja.

Solidaryzując się z tą piękną akcją, wydajemy niniejszy numer, aby pogłębić zainteresowania naszych Czytelników w dziedzinie opieki nad dzieckiem i skierować ich myśli w kierunku, wskazanym przez Tydzień Dziecka.

Szpitalnictwo dziecięce w Polsce i jego zadania

W najnowszych dopiero czasach dojrzało przeświadczenie, że dziecko nie jest zmniejszeniem człowieka dorosłego, że jest ono pod względem fizjologicznym i patologicznym istotą zupełnie odrębną, inaczej reagującą na szereg bodźców zewnętrznych.

Dziecko ma swoje właściwości, które je w znacznym stopniu odróżniają od ludzi dojrzałych, szczególniej w okresie zachorowań. Istnieje pewna ilość cierpień, właściwych wyłącznie noworodkowi, nie spostrzeganych u starszych niemowląt. Chorobowość zaś niemowlęcia różni się bardzo od chorobowości dzieci starszych. I w różnych okresach dzieciń-



Szpital im. Anny-Marji dla Dzieci w Łodzi. — Pawilon izolacyjno gruźliczy: tarasy i leżalnie

stwa, zaczynając od roku, a kończąc na wieku pokwitania, obserwujemy rozmaite rodzaje zachorowań i całkiem inny ich przebieg, a nawet inne umiejscowienie tych samych cierpień. Zdarzają się choroby, na które zapadają wyłącznie dzieci w pewnym określonym wieku. Np. na tężyczkę chorują tylko małe dzieci do 2-ch lat, na pląsawicę wyłącznie od 5—15 lat, podczas gdy małe dzieci i dorośli są wolni od tej choroby; lub też choroby zakaźne, jak: koklusz, płonica, błonica, świnka, ospa wietrzna, tak częste u dzieci, tak rzadko spostrzegane są w wieku dojrzałym. Podobnie zresztą jak istnieje cały szereg stanów chorobowych, zdarzających się wyłącznie u dorosłych, jak kamica żółciowa, miażdżyca naczyń, rak i t. p.

Ale nietylko inne są choroby dzieci i dorosłych, ale i te cierpienia, które obserwujemy w każdym wieku, inaczej przebiegaja u dzieci w rozmaitych okresach dzieciństwa, inaczej u dorosłych, np. stan zapalny płuc. U dorosłych prawie wyłącznie spostrzegamy płatowe zapalenie płuc, chorobę stosunkowo ciężką, u starszych dzieci również płatowe, ale o przebiegu naogół dobrotliwym, u małych dzieci tylko odoskrzelowe, bardzo rzadko płatowe. Natomiast jako powikłanie zapalenia płuc u dzieci często występuje ropne zapalenie opłucnej, u dorosłych bardzo rzadko, podczas gdy surowicze zapalenie opłucnej, tak często zdarzające się u starszych dzieci i u dorosłych, prawie nigdy nie bywa u dzieci do 2-ch lat. Dur brzuszny, choroba ciężka u dorosłych, przeważnie łagodnie przebiega u dzieci. U dorosłych zdarzają się bardzo często w przebiegu duru brzusznego krwotoki kiszkowe, prawie nigdy nie spostrzegane u dzieci.

I umiejscowienie choroby bywa różne w zależności od wieku. Dla przykładu podam błonicę, która u niemowląt ma przeważnie siedlisko w nosie, u dzieci 2—3-letnich w krtani, u starszych dzieci w gardle, u dorosłych bywa prawie wyłącznie w gardle, i to bardzo rzadko. Takich przykładów możnaby przytoczyć setki. Z powodu wyżej wymienionych, a tak wybitnych różnic pomiędzy dorosłymi a dziećmi, należało wyodrębnić pedjatrję, jako bardzo rozległą i zupełnie specjalną gałąź wiedzy lekarskiej. Rozwój jej datuje się zaledwie od lat kilkudziesięciu. Katedry pedjatrji nawet w Europie Zachodniej powstawać zaczęły dopiero w drugiej połowie 19 stulecia, a np. w Warszawie przed wojną nie było zupełnie kliniki dziecięcej. Katedra pedjatrji powstała w stolicy naszego kraju dopiero w 1921 roku, czyli 10 lat temu.

Szpitalnictwo dziecięce częściowo wyprzedziło rozwój pedjatrji, bo już pierwszy szpital dziecięcy powstał w Paryżu w 1802 roku, drugi w Petersburgu w 1834 roku, a następnie już w krajach kulturalnych każde większe miasto zaczęło budować szpitale, przeznaczone wyłącznie dla dzieci. I u nas stosunkowo wcześnie zaczęto tworzyć szpitale dziecięce, bo już w 1845 roku (przed Anglją) został otwarty szpital dla dzieci we Lwowie, drugi w 1869 roku w Warszawie, trzeci w 1874 roku w Krakowie. Tam też już od 1864 roku istniała pierwsza na ziemiach polskich klinika dziecięca. Na drugą klinikę trzeba było czekać całe 45 lat. Powstaje ona w 1909 roku we Lwowie. W byłych zaborach rosyjskim i niemieckim nie było przed wojną kliniki dziecięcej. Rozwój szpitalnictwa dziecięcego był u nas w 19 stuleciu bardzo powolny, składały się na to smutne specyficzne właściwości naszego polskiego życia. Ani państwa zaborcze, ani pozbawione samorządów miasta nie interesowały się tą zaniedbaną dziedziną. Polskie chore dziecko nie obchodziło ani Rosjan, ani Niemców. To też w końcu ubiegłego wieku mieliśmy na ziemiach polskich zaledwie 6 szpitali dziecięcych, i dopiero początek 20 wieku posuwa znacznie naprzód sprawę szpitalnictwa dziecięcego w Polsce, i to dzięki wyłącznie inicjatywie i funduszom prywatnym.

Pierwszym szpitalem dziecięcym nowocześnie urządzonym w kraju był Szpital Anny Marji w Łodzi, który powstał w 1905 roku, dzięki ofiarności przemysłowców łódzkich pp. Herbstów. Szpital ten, początkowo otwarty na 100 łóżek, obecnie liczy łóżek 240 i jest największym szpitalem dla dzieci w Polsce. Od początku swego istnienia stanął on odrazu bardzo wysoko przedewszystkiem dlatego, że pierwszym lekarzem naczelnym tego szpitala był człowiek niepospolity, znakomity organizator,

twórca nowożytnej pedjatrji polskiej, dr. Józef Brudziński, późniejszy rektor wskrzeszonej Wszechnicy Warszawskiej. Ta inicjatywa Łodzi dała bodźca i innym miastom byłego zaboru rosyjskiego. W 1909 roku został otwarty szpital dziecięcy imienia małż. Vetterów w Lublinie, a w 1913 r.— szpital im. Karola i Marji w Warszawie, ufundowany przez p. Szlenkierównę, wybudowany pod osobistym kierunkiem dr. Brudzińskiego i dotąd uważany za wzorowy szpital dziecięcy.

Wybuch wojny zahamował dalszy rozwój szpitalnictwa dziecięcego u nas, a i po wojnie ilość nowych szpitali jest stosunkowo do naszych potrzeb bardzo znikoma. Niestety, powstające państwo polskie miało tak dużo do zrobienia, że nie mogło w dostatecznej mierze zająć się sprawą budowy nowych szpitali dla dzieci, a wybitne zubożenie ludności nie sprzyjało ofiarności ani pojedyńczych jednostek, ani całego społeczeństwa.

W okresie powojennym powstały lub zostały rozbudowane następujące szpitale dziecięce: Szpital miejski dla dzieci w Wilnie, założony jeszcze podczas okupacji niemieckiej, Szpital im. dr Buszkowskiego w Kielcach, nowy pawilon obserwacyjny przy szpitalu im. Vetterów w Lublinie, pawilon izolacyjno-gruźliczy, otwarty w 1930 roku na terytorjum szpitala Anny Marji w Łodzi, otwarty po kilkoletniej przerwie przebudowany i odnowiony szpital dla dzieci żydowskich im. Bergsonów i Baumanów w Warszawie i wreszcie 2 piękne sanatorja dla dzieci gruźliczych: w Zakopanem sanatorjum Uniwersytetu Jagiellońskiego na 200 łóżek i, również na 200 łóżek, sanatorjum na Górce pod Buskiem, stworzone dzięki wysiłkom i staraniom dr. Szymona Starkiewicza. Poza tem zostały otwarte przy niektórych szpitalach ogólnych (Sosnowiec, Częstochowa i t. p.) mniejsze oddziały dla dzieci, jak również utworzone małe sanatorja dla dzieci gruźliczych lub zołzowatych: w Łagiewnikach, Siewierzu, Otwocku, Rabce, Kazimierzówce, Tuszynku, Sokolnikach.

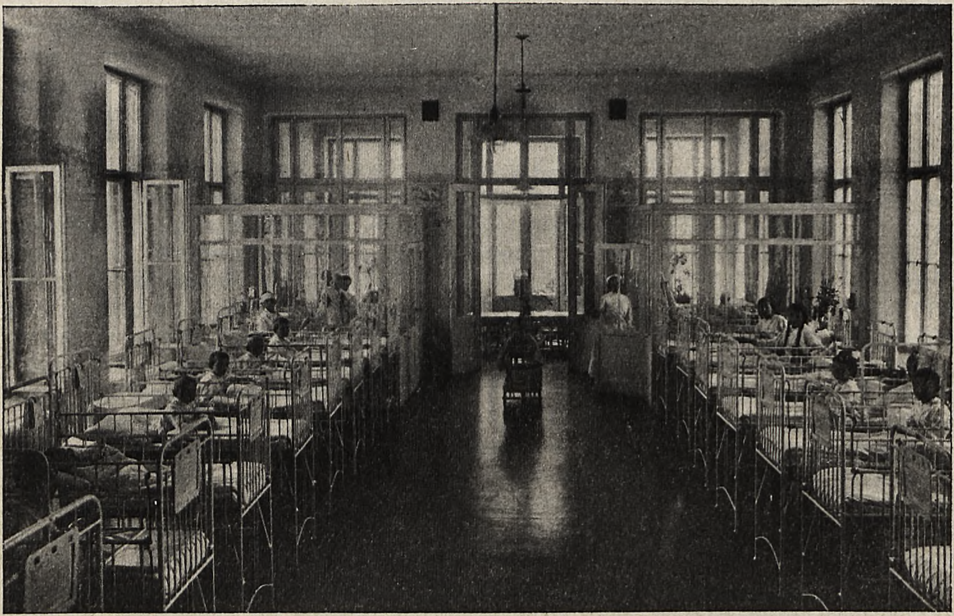
W tym okresie powstają nowe kliniki: Warszawska w 1921 roku, początkowo na 50 łóżek, następnie rozbudowana do 68-miu, Wileńska w 1922 roku na 54 łóżka i Poznańska w 1923 roku na 35 łóżek, co obok Krakowskiej na 40 łóżek, nie posiadającej własnego gmachu, a korzystającej z gościnności szpitala Św. Ludwika, i Lwowskiej na 23 łóżka, stanowi 5 klinik dziecięcych. Ogólna ilość łóżek w klinikach wynosi 230 łóżek, co jest nadzwyczajnie mało, tem bardziej, że żadna z nich nie posiada oddziałów dla chorób zakaźnych.

TABLICA I

Kliniki pedjatryczne w Polsce

Miasto	ogólna ilość łóżek	dla niemowląt	dla chorób zakaźnych
Warszawa	68	20	—
Lwów	23	7	—
Poznań	35	13	—
Wilno	54	16	—
Kraków	40 w szpitalu św. Ludwika	10	—

Jeżeli kliniki dziecięce są niedostateczne, to tem bardziej rażąca jest mała ilość szpitali dla dzieci w Polsce. Z przykrością trzeba stwierdzić, że w 7-miu województwach niema ani jednego szpitala dla dzieci, a mianowicie: w Pomorskiem, Stanisławowskiem, Tarnopolskiem, Wołyńskiem, Poleskiem, Białostockiem i Nowogródzkiem; nawet szereg dużych mast jest zupełnie pozbawionych szpitali dziecięcych (Gdynia, Piotrków, Kalisz, Płock, Radom, Toruń i t. p.). Żadna Kasa Chorych dotychczas nie zbudowała ani jednego szpitala dziecięcego. Według zebranej przeze mnie ankiety ilość łóżek dziecięcych powinna być normowana w stosunku jednego łóżka na 1000 mieszkańców. Wobec tego, że Polska posiada



Szpital im Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, sala na oddziale wewnętrznym

obecnie zgórą 31 miljonów mieszkańców, powinniśmy mieć dla dzieci łóżek 31 tysięcy, a tymczasem ilość łóżek nie dochodzi do 3 tysięcy, nawet wówczas, jeżeli wliczymy kliniki uniwersyteckie i sanatorja dla dzieci gruźliczych. Czyli, że mamy w obecnej chwili co najmniej 10 razy za mało łóżek szpitalnych dla dzieci. Dla porównania zaznaczę, że w Paryżu jest 4200 łóżek szpitalnych dla dzieci, a w Wiedniu 2000.

Prócz powyższych bardzo smutnych danych liczbowych, tak bardzo odbiegających od tego, co widzimy w innych krajach kulturalnych, szpitalnictwo nasze ma jeszcze następujące braki: niema w Polsce ani jednego szpitala dla chronicznie chorych dzieci (prócz gruźlicy). Takie nieszczęśliwe istoty, jak dzieci z wodogłowiem, z paraliżem kończyn, z chorobą Litle'a i t. p. nie mają gdzie się podziać, stanowiąc ciężar rodziny. Niema również większego zakładu dla dzieci umysłowo niedorozwiniętych, prócz małego oddziału przy gminie ewangelickiej w Warszawie i założonego

w 1929 roku prywatnego zakładu dr Spektorowej w Łodzi. Jakościowo również szpitale nasze przeważnie nie odpowiadają wymaganiom współczesnej pedjatrji. Większość ma urządzenia przestarzałe, lub pomieszczenia nieodpowiednie. Mamy zaledwie kilka szpitali w Polsce, któremi możemy się poszczycić. Istnieje właściwie tylko 12 szpitali dziecięcych: 3 w Warszawie i po jednym w Poznaniu, Gnieźnie, Krakowie, Lwowie, Wilnie, Łodzi, Lublinie, Kielcach i Katowicach. Wszystkie one chorują przeważnie na brak środków, szczególniej w latach ostatnich wobec ogólnego kryzysu w Polsce.

TABLICA II

Szpitale dla dzieci

Miasto	Nazwa szpitala	Ilość łóżek
Warszawa	im. Karola i Marji	100
Warszawa	Przy ul. Kopernika	165
Warszawa	im. Bergsonów i Baumanów	125
Poznań	Św. Józefa	150
Gniezno	S. S. Miłosierdzia	45
Kraków	Św. Ludwika	115
Lwów	Św. Zofji	141
Wilno	Miejski	140
Łódź	Anny Marji	240
Lublin	Dzieciątka Jezus	100
Katowice	Miejski	60
Kielce	im. Dr. Buszkowskiego	65

TABLICA III

Sanatorja dla dzieci gruźliczych

Miejscowość	Nazwa szpitala	Ilość łóżek
Zakopane	Sanatorjum Uniw. Krakow.	200
Busk	Kolonja Lecz. im. dr. Brudzińskiego	200
Otwock	Uzdrowisko P. A. K. P. D.	50
Kazimierzówka	Filja Szpit. Dziec. Jezus	60
Łagiewniki	dla otwartej gruźlicy	50
Smukała	Krajowa Lecznica	45
Siewierz	dla gruźlicy kostnej	60
Rabka	Śląski Czerwony Krzyż	60
Sokolniki	filja Szpitala Anny Marji	50

TABLICA IV

Oddziały dla dzieci przy szpitalach ogólnych

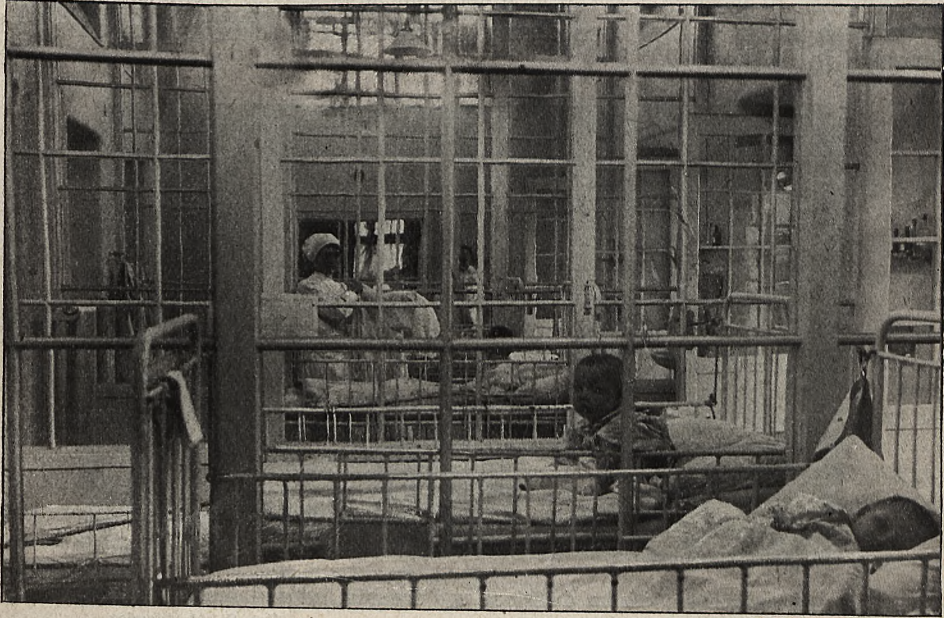
Miasto	Nazwa Szpitala	Ilość łóżek
Poznań	Miejski	88
Gniezno	Miejski	10
Bydgoszcz	S. S. Miłosierdzia	45
Bydgoszcz	S. S. Djakonisek	10
Inowrocław	Miejski	10
Kościana	S. S. Miłosierdzia	10
Częstochowa	Miejski	30
Sosnowiec	Miejski	25
Bielsk	Miejski	15
Bielsk	Epidemiczny	40
Cieszyn	Miejski	36
Cieszyn	Elżbietanek	10
Tarnów	Lecznica	30
Wilno	Żydowski Am. K.	65
Pruszków	Przy schronisku	30

Ten mizerny stan szpitalnictwa dziecięcego trwać dalej nie może. Kulturalna Polska powinna się pokryć siecią dobrze urządzonych szpitali dla dzieci. Jest to nakaz chwili, który zarówno rząd, samorządy, jak i Kasy Chorych powinny zrealizować jak najprędzej. Przy budowie szpitali dziecięcych muszą być uwzględnione zupełnie odrębne ich cechy, odbiegające bardzo od zasad budownictwa szpitali ogólnych. Uważam za konieczne, aby przy projektowaniu szpitala i robieniu planów miał decydujący głos doświadczony pedjatra, dostatecznie wyszkolony w szpitalnictwie dziecięcem. W przeciwnym bowiem razie szpital może być źle pomyślany i źle zbudowany, co się odbije fatalnie na późniejszem jego prowadzeniu.

Poniżej przytaczam te specjalne właściwości szpitali dziecięcych, które uważam za najważniejsze. Cały szpital powinien się składać z szeregu małych pomieszczeń na 2 do 4 łóżek, względnie salek na 6 łóżek najwyżej. W szpitalu dziecięcym, prócz oddziałów dla chorych chirurgicznych, wewnętrznych, ocznych, usznych i gruźliczych powinien się znajdować zupełnie odosobniony, możliwie obszerny oddział dla niemowląt, jak również osobny oddział obserwacyjno-izolacyjny, a także oddział lub oddziały dla chorób zakaźnych. Wreszcie przy szpitalu powinna istnieć przychodnia dla chorych dzieci z oddzielnem wejściem.

Szpital dziecięcy musi się składać dlatego z małych pomieszczeń, które dla ułatwienia pielęgnacji mogą być oddzielone szklanemi ścianami, że do najważniejszych zadań przy jego prowadzeniu należy możliwe niedopuszczanie do zakażeń wewnątrz-szpitalnych. Przy systemie małych pokoi, nawet w razie wystąpienia choroby zakaźnej łatwo ją stłumić

w zarodku i nie dopuścić do jej rozszerzania się. Bez znakomicie urządzonego oddziału dla niemowląt nie można sobie wyobrazić współczesnego szpitala dziecięcego. Oddział taki jednakże musi być bardzo dobrze uposażony i racjonalnie urządzony; w przeciwnym razie lepiej, żeby go wogóle nie było. Doświadczenie bowiem uczy, że śmiertelność na oddziałach dla niemowląt jest w znacznym stopniu zależna od tego, jak jest ten ważny oddział urządzony. Ponieważ przyczyną nadmiernej śmiertelności niemowląt w nieodpowiednio prowadzonych szpitalach bywa przedewszystkiem infekcja, należy oddział ten tak zbudować, żeby niemowlę nie mogło zarazić się od innego dziecka bezpośrednio, czy za pośrednictwem termometrów, podkładów, pieluszek, ani od personelu, ani od



Szpital im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie, oddział obserwacyjny

odwiedzających je osób. Z niemowlęciem trzeba tak postępować, jak z otwartą raną, czyli aseptycznie. Prócz dostatecznego uposażenia, oddział niemowlęcy powinien posiadać znakomicie wyszkolony i zamiłowany w swoim zawodzie personel pielęgniarski. Nigdzie wyszkolenie nie gra tak ważnej roli, jak przy pielęgnowaniu chorych niemowląt, prócz tego na tym oddziale personel powinien być dostatecznie liczny. Wobec konieczności zachowania jak największej aseptyki, na oddział niemowlęcy należy wchodzić tylko w razie koniecznej potrzeby. Nawet do karmienia przez matkę należy dzieci raczej wynosić na korytarz lub do osobnego pokoju, niż pozwalać matkom, nawet w czystych fartuchach, wchodzić na salę. Samo się przez się rozumie, że każde dziecko musi mieć swój termometr, swoje ręczniki, koszulki, podkłady, pieluszki. W każdym pokoju powinna być umywalka z ciepłą i zimną wodą. Przy oddziale niemowlę-

cym, prócz pokoju dla mamek, powinna być dobrze urządzoną kuchnia mleczna dla przygotowywania leczniczych mieszanek.

Do niezbędnych również składowych części każdego szpitala dziecięcego należy oddział izolacyjno-obserwacyjny. Powinien on składać się z szeregu pokoi-boksów, oddzielonych od siebie szklanemi ścianami. Pożądanemby było, aby każdy pokój miał 2 wejścia, jedno z zewnątrz dla chorych, drugie z wewnątrz dla personelu. Odpowiednia wielkość tego pawilonu i umiejętne jego prowadzenie zmniejsza do minimum epidemje wewnątrz-szpitalne.

W pawilonach zakaźnych, podobnie jak w całym szpitalu, powinien być zastosowany system małych pokoi i salek oddzielonych od siebie szklanemi ścianami. Przy takim systemie i inteligentnym personelu pielęgniarskim w jednym pawilonie może być cały szereg rozmaitych chorób zakaźnych obok siebie, bez obawy przeniesienia choroby zakaźnej od dziecka do dziecka.



Uniwersytecka klinika dziecięca w Poznaniu, oddział niemowlęcy.
Fot. St. Markiewicz

Nadmieniam również, że specjalnie w szpitalach dla dzieci są niezmiernie pożądane terasy i balkony, na które możnaby wywozić dzieci z łóżkami bezpośrednio z sal i pokoi zimą i latem.

Szpital dziecięcy powinien łączyć pożyteczne z pięknem, pociągać, a nie odstraszać. Najmilsze dla oka i najbardziej estetyczne są jasne, o dużych oknach, w ogrodzie stojące pawilony z możliwie dużą ilością kwiatów i zieleni. Niewątpliwie, że obok odpowiednich urządzeń i dobrych zewnętrznych warunków, szpital musi posiadać i należyte dane wewnętrzne, a więc odpowiednio przygotowany zespół lekarski i pielęgniarski, bardzo taktowny w postępowaniu zarówno z samem dzieckiem, jak i z jego otoczeniem. Lekarz i pielęgnujące osoby powinny dziecko kochać i całą swoją myśl i energję zwracać w kierunku stworzenia dla chorego jak najlepszych warunków. Nie wolno w szpitalu dziecięcym być szorstkim dla nikogo, bo to razi i zniechęca. W szpitalu powinien panować ład, czystość, łagodność i takt obok rozumnej stanowczości.

Rodzice dziecka muszą mieć to przeświadczenie, że wszyscy w szpitalu są choremu bezwzględnie oddani, że nie on jest dla personelu, a personel dla niego. Łącznie z koniecznością powstawania nowych szpitali dla dzieci, musi być również dostateczna ilość wykwalifikowanych pielęgniarek, których brak każdy szpital odczuwa dotkliwie. Niestety wzorowych szkół dla pielęgniarek mamy za mało, a w Polsce coraz więcej tworzy się instytucyj, które potrzebują fachowych sił pielęgniarskich. Dopóki więc ilość dostatecznie wyszkolonych pielęgniarek jest zbyt mała, każdy szpital musi z konieczności uczyć pielęgniarki na własnym materjale.

Każdy większy szpital dziecięcy powinien być również ośrodkiem myśli pedjatrycznej danego miasta, czy nawet starostwa, a dobrze zaopatrzona bibljoteka — bodźcem dla tych lekarzy, którzy chcieliby kształcić się dalej w pedjatrji, lub pracować naukowo.

Dr. med. T. Mogilnicki
dyrektor Szpitala Anny Marji w Łodzi

Pielęgnowanie dzieci przy zapaleniu płuc

(Ze Szpitala im. Karola i Marji dla Dzieci w Warszawie).

Zaraz przy pierwszem zetknięciu się z dzieckiem chorem na zapalenie płuc, pielęgniarka obowiązana jest pamiętać o odpowiedniej jego pozycji i zapewnieniu mu dostępu świeżego powietrza. Stawiam te rzeczy na pierwszym planie, gdyż winny one być wykonane niezwłocznie, jako wchodzące w zakres samodzielnego działania pielęgniarki, która z chwilą, kiedy sobie uprzytomni, na czem cierpienie dziecka polega, niepodobna, by nie wyzyskała sposobów przyniesienia mu ulgi. Przy wysokiem ułożeniu należy pamiętać, że nie jest ono równoznaczne z niewygodną pozycją: trzeba unikać układania poduszek zarówno poziomo, jak i zbyt stromo. Ułożenie poduszek według zasad, podawanych w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, jest dla dziecka bardzo wygodne i utrzymuje je w pozycji niemal siedzącej.

Poza wysokiem ułożeniem należy pamiętać o zmianie pozycji, t. j. przewracaniu na boki i nawznak.

Niesłychanie ważnym dla pomyślnego przebiegu choroby zabiegiem jest noszenie; oczywiście może ono mieć zastosowanie tylko wobec dzieci małych. Dziecko noszone musi być w pozycji siedzącej, główka powinna być wygodnie oparta o ramię pielęgniarki; pożądane jest noszenie przy otwartem oknie. Naogół noszenie przynosi dziecku widoczną ulgę w oddychaniu, zdarza się jednak, że podczas noszenia dziecko zdradza wyraźny niepokój i rozdrażnienie, lecz są to wyjątkowe wypadki, w których należy porozumieć się z lekarzem co do kontynuowania zabiegu.

Oczywiście rzeczą pierwszorzędnej wagi jest zapewnienie dziecku stałego dostępu świeżego powietrza. Jeśli tylko lekarz zezwala, można dziecko wynosić na świeże powietrze, pamiętając oczywiście o wygodnej pozycji i odpowiedniem ubraniu. Pokój lub salka, w której dziecko się znajduje, musi być starannie wietrzony, obecność dziecka absolutnie temu nie przeszkadza, trzeba tylko pamiętać, aby było odpowiednio ubrane i zakryte. O ile warunki lub stan dziecka na to nie pozwalają, musimy się ograniczyć do pozostawiania go w łóżeczku przy

otwartem oknie, choćby 2, 3 razy dziennie po pół godziny. Zależnie od tego, czy dziecko jest odseparowane, czy wśród innych dzieci, czas ten z konieczności będzie mniej lub więcej ograniczony. Werandowanie na otwartem powietrzu jest jak najbardziej pożądane. Nie potrzebuję chyba zaznaczać, że czy to przy werandowaniu na świeżem powietrzu, czy w oknie, czy podczas noszenia, dziecko powinno być ubrane odpowiednio do temperatury powietrza: ciepło, lecz lekko, klatka piersiowa musi być nieskrępowana, usta i nosek — zawsze odkryte.

Dzieci chore na płuca cierpią na wybitny brak apetytu, utrudniony oddech, męczący kaszel. Czynniki te bardzo utrudniają podawanie i pobieranie pokarmu, nie mogą być jednak powodem głodzenia dzieci: pielęgniarka musi o tem dobrze pamiętać i samodzielnie troszczyć się, by w sposób jak najmniej przykry i męczący dostarczyć dziecku przeznaczoną ilość pożywienia. Musi pamiętać, że odżywianie, które wchodzi w zakres jej działania, jest potężnym bodźcem do przywrócenia zdrowia. Tylko na zlecenie lekarza może ograniczyć ilość pożywienia do minimum, poza tem musi wyzyskać znajomość techniki karmienia tak umiejętnie, by brak apetytu dziecka i skłonność do wymiotów, wywołana kaszlem, nie były przeszkodą nieprzezwyciężoną.

Niemowlęta, nawet bardzo małe, najczęściej karmimy łyżeczką, gdyż ssanie przez smoczek, naskutek utrudnionego oddychania, staje się dla nich wprost niemożliwe.

Do zabiegów, stosowanych na zlecenie lekarza, należą: kompresy, okłady i kąpiele z gorczycy, kąpiele gorące z zimnem oblewaniem, bańki, podawanie tlenu.

Zasada kładzenia kompresów jest dobrze pielęgniarkom znana, nie będę więc o niej mówiła.

Kąpiel z oblewaniem. Kąpiel ta stosowana jest u niemowląt celem wywołania głębokich wdechów. Temperatura kąpieli: 40° C., wody do oblewania: 28° C., czas trwania kąpieli: 5 minut. W ciężkich przypadkach lekarz zmniejsza różnicę temperatury wody do kąpieli i wody do oblewania, a także przed zabiegiem poleca zastosowanie środków nasercowych. Zależnie więc od stanu dziecka, pielęgniarka powinna przed zabiegiem zasięgnąć w tej kwestji ścisłych informacyj. Przy kąpieli z oblewaniem potrzebna jest pomoc drugiej osoby, którą może być ktośkolwiek z otoczenia, należy go tylko poprzednio poinformować, kiedy i jak ma pomóc.

Do zabiegu należy przygotować: wanienkę z wodą o 40° C., niewielką miednicę do oblewania, termometr kąpielowy, obok wanienki na stole koc, zaopatrzony w ceratkę i ręcznik; (albo można łóżeczko zaopatrzyć w ceratkę i ręcznik lub prześcieradło). Dziecko rozebrać, zanurzyć ostrożnie w wodzie, jedną ręką trzymać tak, by było wygodnie oparte, drugą stale polewać powierzchnię ciała. Przez czas trwania kąpieli, t. j. przez 5 minut, należy utrzymywać temperaturę wody 40° C. Pod koniec kąpieli druga osoba przygotowuje wodę do oblewania o 28° C. Po upływie 5 min. pielęgniarka unosi dziecko ponad powierzchnię wody, a osoba pomagająca szybkim, nagłym ruchem polewa klatkę piersiową dziecka wodą z miednicy (nie nalewać wody do buzi!), poczem kąpiąca jeszcze raz zanurza dziecko na krótką chwilę w wodzie, wyjmuje je, zawija szybko w ręcznik lub prześcieradło, szybko wyciera, ubiera i kładzie do łóżeczka. — Po kąpieli dziecko naczęściej zasypia.

Pielęgniarka musi dobrze pamiętać, że reakcją właściwą i pożądaną będzie zaróżowienie skóry w czasie kąpieli i głęboki wdech lub krzyk w czasie oblewania. O ile dziecko w czasie gorącej kąpieli blednie lub sinieje, należy zabieg natychmiast przerwać.

K ą p i e l z g o r c z y c y. Temper. 40° C. — czas trwania 5 min. — Proporcja: 1 gr. mąki gorczycznej na 1 litr wody (O ile mamy, zamiast mąki, olejek gorczyczny, używamy 1 kroplę na 10 litrów wody). Mąkę gorczyczną należy wsypać do woreczka płóciennego i wygniatać w małej ilości wody o 37° C. tak długo, aż woda zacznie się pienić i da się odczuć gryzący zapach gorczycy: wówczas należy dolać do wanienki odpowiednią ilość wody i ustalić temperaturę. Oczy dziecka należy zakryć wilgotnym kompresem, o ile są jakieś ranki na skórze, należy posmarować je maścią cynkową i t. p. lub założyć opatrunek, przytrzymany plastrem. Pożądane jest, by w czasie kąpieli gorczycznej, dla zwiększenia reakcji, jedna pielęgniarka trzymała dziecko, a druga rozcierała ciałko.

O k ł a d z g o r c z y c y. Ciasto gorczyczne do okładu należy przygotować na półtorej do dwóch godzin przed wykonaniem zabiegu. Najczęściej posługujemy się mąką gorczyczną, którą rozrabiamy w małej miseczce z wodą o 37° C. (ilość mąki zależy od wielkości klatki piersiowej dziecka, 30—50 gr. dla niemowlęcia), tak, by powstała gęsta papka, dobrze roztarta, nadająca się do smarowania nożem. O ile mamy czystą gorczycę, bierzemy jedną część gorczycy na dziesięć części mąki pszennej (1 łyżkę stołową gorczycy na 10 łyżek mąki) i również rozrabiamy wodą, jak powyżej. Przygotowaną papkę należy przykryć do czasu użycia. Ponadto należy przygotować kawałek płótna podwójnie złożony, odpowiadający wielkością klatce piersiowej danego dziecka, nóż do rozsmarowania, trochę waseliny i kilka wacików.

Zabieg najwygodniej wykonać na stole, zaopatrzonym w koc i ceratkę, można też gorczycę przygotować na stole, a zabieg wykonać w łóżeczku dziecka. Nie należy przykładać gorczycy bezpośrednio do ciała, lecz rozsmarować ją na podwójnie złożonem płótnie. Dziecko rozebrać, okład położyć dookoła klatki piersiowej, przykryć dziecko kołderką. Wygląd dziecka i skórę pod kompresem należy obserwować. U niemowląt pozostawiamy okład 3—5 minut — u dzieci starszych do 10 minut. — Od 3-ech minut wzwyż trzeba uważać, by nie wywołać poparzenia. Po zdjęciu okładu, skórę posmarować waseliną.

D o p o d a w a n i a t l e n u są w szpitalach różne przyrządy. Pielęgniarka obowiązana jest przed podaniem dziecku tlenu do oddychania ściśle poinformować się co do obchodzenia się z balonem, zawierającym tlen, obserwować dziecko w czasie podawania tlenu.

S t a w i a n i e b a n i e k jest zabiegiem, znanym wszystkim pielęgniarkom.

O b s e r w a c j i pielęgniarki, jak zwykle, podlega całe dziecko, t. j. jego wygląd i zachowanie.

Przy zapaleniu płuc należy specjalnie zwrócić uwagę na oddech (poruszanie skrzydełkami nosa, otwieranie ust przy wdechu, widoczny wysiłek mięśni oddechowych wskazują na silną duszność), wyraz i wygląd twarzyczki (bolesny w czasie kaszlu), zabarwienie skóry (bladość, sinica dookoła ust i nosa, lub ogólna), tętno.

Jedną z często spotykanych komplikacyj przy zapaleniu płuc jest ropny wyciek z ucha. Do obowiązków pielęgniarki należy systematyczne kontrolowanie uszu i natychmiastowe zameldowanie lekarzowi o pojawieniu się wycieku lub bolesności przy dotyku lub myciu uszu.

Sądzę, że nie potrzebuję zaznaczać, iż w zakres obowiązków pielęgniarki wchodzi nietylko podanie dziecku przepisanych przez lekarza lekarstw, lecz ścisłe sprawozdanie, jak dziecko dane lekarstwa znosi: zdarza się niejednokrotnie, że lekarz wyklucza środki wykrztuśne, gdyż powodują one uporczywe wymioty.

W pielęgnacji dzieci z zapaleniem płuc, tak jak zresztą i w innych przypadkach, dokładna, sumienna obserwacja i ścisłe sprawozdanie z niej lekarzowi, może mieć niezmiernie wielkie dla dziecka znaczenie. Zdarza się bowiem, że samopoczucie i zachowanie się dziecka oraz sposób, w jaki reaguje na zabiegi, jest niewspółmierny do zmian, stwierdzanych przez lekarza w płucach. Czasami lekarz rezygnuje z zabiegów bardzo dla danego przypadku pożądanych, gdyż stają się one wprost niewykonalne, dzięki temu, że je dziecko indywidualnie źle znosi. *Irena Miedzińska*

Odpowiedzialność pielęgniarki wobec dziecka

Poczucie odpowiedzialności jest jedną z cech i sprawdzianów wewnętrznej wartości człowieka. Kto odnosi się poważnie do przyjętych na siebie obowiązków, ten przed rozpoczęciem każdej pracy, zarówno zawodowej (płatnej), jak dobrowolnej (t. zw. ideowej), czy społecznej, uzna za konieczne przedewszystkiem obliczyć się z siłami i zdać sobie sprawę z odpowiedzialności, jaką na siebie bierze.

To „obliczanie sił" bywa często podświadome; poczucie odpowiedzialności w tych razach jest prawie równoznaczne z wykluczeniem celów pobocznych, jakie towarzyszą decyzji naszej co do rozpoczęcia tej, czy innej pracy. Dotyczy to w pierwszym rzędzie wyboru zawodu, — jeżeli ktoś, przystępując do pracy w pewnym zawodzie powoduje się naprzykład względami materjalnemi i z tych pobudek tłumi w sobie wrodzoną niechęć do danego rodzaju pracy, to jednocześnie osłabia w znacznym stopniu tę wewnętrzną wartość, jaką jest poczucie odpowiedzialności; przy wykonywaniu swego zawodu będzie on wielokrotnie narażony na walkę z sumieniem własnem — od wyników tej walki zależeć będzie, czy dany osobnik do pracy swojej wreszcie się przekona i spełniać ją zacznie z należytem oddaniem się, czy — druga możliwość — zmieni swój zawód, czy też, gdy względy uboczne zwyciężą, będzie jednym z wykolejeńców, dla których praca jest ciężarem lub nawet narazi się na poważne zatargi nietylko z sumieniem, lecz i z kodeksem karnym, dopuszczając się, dla pobudek materjalnych, tych czy innych przestępstw w stosunku do wykonywanego zawodu. To samo niebezpieczeństwo — w mniejszym stopniu zapewne — grozi tym, którzy przyjmują jakieś obowiązki dla zadowolenia ambicji osobistej, nie licząc się z odpowiedzialnością, jaka ciążyć na nich będzie.

Człowiek „mocny", o dużej wartości wewnętrznej, chętnie bierze na siebie odpowiedzialność i rozszerza jej granice, ludzie słabi jakże często starają się tę odpowiedzialność składać na innych, przypisując im winę niepowodzeń, jakie wynikają z ich własnej nieumiejętności lub niedbalstwa.

Od powyższych uwag ogólnych, jakie mi nasunął temat, postawiony w nagłówku, chciałbym przejść do rozpatrzenia pewnych cech i znaczenia odpowiedzialności pielęgniarki wobec dziecka. Mam na myśli wyłącznie odpowiedzialność „wewnętrzną“ i nie będę omawiał przepisów prawnych czy też paragrafów, z jakich może być karana pielęgniarka za zaniedbanie swych obowiązków. Poczucie odpowiedzialności w stosunku do dziecka ma pewne cechy odrębne. Dla tych, co nieuczciwie lub choćby niedość poważnie pracę swą traktują, odpowiedzialność ta może się wydawać mniejsza: nie obawiają się jej, gdyż dziecko — w ich pojęciu — nie zrozumie lub nie może ocenić, czy dany zabieg był wykonany we właściwym czasie i we właściwy sposób. Rzecz prosta, że ta właśnie okoliczność skłaniać nas powinna do tem sumienniejszego postępowania wobec dziecka: krzywdzenie bowiem istoty słabszej, która o krzywdę swoją nie może lub nie umie się upomnieć, daje zawsze najgorsze świadectwo człowiekowi, który czynu tego się dopuszcza.

Czy jednak nie mylą się ci, co przypuszczają, że dziecko nie może być sędzią ich czynów?

Obserwacja i praktyka szpitalna mówią co innego. Już niemowlę posiada broń skuteczną w postaci krzyku, który często bywa wskaźnikiem słusznej reakcji na lekceważenie jego praw i zaniechanie słusznych jego potrzeb. Nie wolno nam tej reakcji składać zgóry na rozkapryszenie i chorobę dziecka, lecz w każdym przypadku musimy przedewszystkiem zadać sobie pytanie, czy dziecko nie krzyczy z naszej winy.

Pójdźmy dalej — czyż nie zauważymy, że nawet małe dziecko potrafi odczuć, ocenić, kto się do niego odnosi z miłością i oddaniem, kto zaś pracuje z przymusu i niechętnie: za miłość i poświęcenie płaci zaufaniem i uśmiechem, na niechęć odpowiada niechęcią. Doświadczone a sumienne pielęgniarki spostrzegły z pewnością, że dziecko inaczej się do nich odnosiło, gdy z powodu przemęczenia lub przejść osobistych miały chwile zniechęcenia do pracy. Zastanowił je z pewnością zdziwiony wzrok dzieci, gdy okazały pewne zniecierpliwienie lub z jakichkolwiek względów poświęcić chciały dziecku mniej czasu, niż to mu się należało. Subtelne matki wyczuwają nieraz to słuszne zdziwienie w oczach niemowląt już w pierwszych miesiącach życia. W pewnych okresach życia dziecka krytycyzm względem otoczenia nabiera cech jaskrawych, przejawiając się w postaci niechętnego ustosunkowania się do osób najbardziej dbałych i chętnych — świadomość tego wkłada na nas tem większy obowiązek wnikania w psychologję dziecka i szukania dróg, by z zaciętego wroga stworzyć sobie przyjaciela.

Tych kilka myśli, rzuconych szkicowo, wystarczy — jak sądzę — aby dowieść, że odpowiedzialność pielęgniarki wobec dziecka jest bardzo znaczna i że największe wykroczenia przy wykonywaniu zawodu pielęgniarki mają swe źródło z jednej strony w niedostatecznem uświadomieniu sobie, czy do tego zawodu ma ona prawdziwe powołanie, czy kocha dzieci i bez przymusu dla nich pracuje, z drugiej zaś strony — w braku umiejętności lub nieodczuwaniu potrzeby należytego wnikania w psychologję dziecka.

Rozszerzenie i pogłębienie powyższego tematu pozostawiam specjalistom w zakresie psychologji dziecięcej, tej ciekawej i tak pieknie rozwijającej się u nas gałęzi pedologji. Obecnie zaś chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną stronę poczucia odpowiedzialności pielęgniarki wobec

dziecka. Mam na myśli uświadomienie sobie przez pielęgniarkę doniosłego znaczenia jej pracy przy łóżku chorego dziecka. Pielęgnowanie jest nieodłączną częścią leczenia i nieodzownym warunkiem skutecznych wyników, jakie leczenie dać może. Możnaby przytoczyć tysiączne przykłady na dowód, że najlepiej pomyślany plan leczenia nie osiąga skutku wskutek nieodpowiednich warunków zewnętrznych lub nieumiejętnego wykonywania zabiegów. Śmiem przypuszczać, że niektóre „przesądy" matek w stosunku do szkodliwości kąpieli lub innych zabiegów hydropatycznych mają częściowo podstawę w tem, że nieumiejętne wykonanie tych zabiegów przynosi istotnie szkodę dziecku. Spostrzeżenia kliniczne zdobywają coraz więcej doświadczenia w tym kierunku, i największe powagi w zakresie naszej specjalności nie szczędziły sił i starań, aby postawić na odpowiednim poziomie technikę pielęgnowania dzieci. Pielęgniarka dziecięca, prócz wspomnianych wyżej zalet wewnętrznych, musi posiadać doskonałe wyszkolenie techniczne, a dążenie jej do pozyskania tej umiejętności będzie tem większe, im bardziej zda sobie sprawę ze znaczenia swej pracy dla dobra dziecka i poczucia odpowiedzialności, jaką ponosi za nieumiejętne lub niesumienne wykonanie swoich obowiązków.

Prof. Dr. Wacław Jasiński
(Wilno)

O izolowaniu noworodków

(Z oddziału szkolnego Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa na Uniw. Klinice położniczej).

Najczęstszemi schorzeniami zakaźnemi u noworodków jest pęcherzyca złośliwa (*pemphigus*) i zapalenie gonokokowe spojówek (*blennorrhoea neonatorum*).

P ę c h e r z y c a z ł o ś l i w a.

W okolicy pępowiny, w pachwinach, pod pachami we wszelkich fałdach skóry powstają pęcherzyki wielkości fasoli, napełnione brudnawą cieczą.

Noworodek chory na pęcherzycę zostaje odseparowany w izolatce. Pielęgniarka wykonuje przy nim wszelkie zabiegi w rękawiczkach gumowych i osobnym fartuchu.

Noworodka chorego na pęcherzycę nigdy się nie kąpie: w wilgoci pęcherze łatwo pękają i powstają coraz to nowe.

Zabiegi wykonujemy następujące:

Materjał opatrunkowy i narzędzia wyjałowione. Całe zdrowe ciałko wycieramy wacikami, zamoczonemi w 30 proc. spirytusie salicylowym. Pęcherzyki zdejmujemy pincetą, płyn ścieramy wacikami. Miejsca po pęcherzykach lapisujemy 5 proc. roztworem lapisu. Przykładamy gazik z borną wazeliną i opatrunek przymocowujemy bandażem, o ile nie kładziemy go na miejsce podlegające zmoczeniu; w przeciwnym razie, naprzykład w pachwinach, zostawiamy sam gazik, zmieniając go po każdem zmoczeniu. Ciałko zdrowe obsypujemy talkiem cynkowym.

W ten sposób postępujemy dwa razy dziennie z wyjątkiem lapisowania, które stosujemy raz dziennie.

Dobrze pielęgnowana pęcherzyca powinna ustąpić po 3—5 dniach.

Zapalenie gonokokowe spojówek

Ropienie oczu u noworodków przez 3 dni po urodzeniu jest, jako reakcja po zapuszczeniu lapisu, objawem stałym i nie niepokojącym. Natomiast jeśli w 4-tym lub 5-tym dniu życia wydzielina nie ustaje, a powieki obrzmiewają, natychmiast izolujemy dziecko, pielęgnujemy je w osobnym fartuchu i rękawiczkach gumowych, posyłamy wydzielinę do analizy i zaczynamy przemywanie oczu jak poniżej.

Jeśli badanie bakterjologiczne stwierdzi zapalenie gonokokowe, wykonujemy zabiegi następujące.

Raz dziennie do chorego oka zapuszczamy 5 proc. roztwór lapisu, poczem przemywamy oko roztworem soli fizjologicznej. Co pół godziny przemywamy oboje oczu, naprzód chore, potem zdrowe (zapobiegawczo) roztworem *hydrargyrum oxycyanathum* 1:4000: wywijamy powieki i wycieramy wacikiem błonę śluzową. Dziecko stale leży na tym boczku, po którego stronie jest oko chore, aby spływająca wydzielina nie zakażała zdrowego oka.

Nie było u nas ani jednego wypadku przeniesienia pęcherzycy lub zapalenia gonokokowego.

Izolujemy również dziecko, mające pleśniawki i przystępujemy do niego w osobnym fartuchu. Po każdem karmieniu pędzlujemy mu wnętrze jamy ustnej boraksem (5 proc.) z gliceryną (15 proc.).

Dziecka zakatarzonego nigdy nie przewijamy na wspólnym stole i do łóżeczka przymocowujemy mu kokardę, by zwrócić uwagę pielęgniarek.

Kokardę innego koloru otrzymuje również dziecko, którego matka ma silnie dodatni odczyn Wasermanna. Dzieci z pęcherzycą luetyczną izolujemy.

Wanda Bukowska

Działalność pielęgniarki społecznej w poradni dla matek

Od najdawniejszych lat, bo nawet sięgających czasów przed narodzeniem Chrystusa, utrzymuje się dobry zwyczaj odwiedzania kobiety będącej w ciąży przez jej znajome, przyczem odwiedzająca stara się udzielać ciężarnej różnych wskazówek, opartych na własnem doświadczeniu lub ze słyszenia, aby ulżyć jej dolegliwościom.

Nie zawsze te wskazówki przynosiły korzyść, gdyż, jak wiemy z historji medycyny, były one pełne zabobonów i przesądów, przez co cierpiała tylko ciężarna i narażała się na różne niebezpieczeństwa tak podczas ciąży, jak i przy porodzie.

Istniały również oryginalne niekiedy zwyczaje, naprzykład: po porodzie kobieta odrazu zaczynała pracować, a wówczas mąż jej, dla podkreślenia, że jest ojcem nowonarodzonego dziecka, kładł się do łóżka na kilka tygodni.

Stopniowo, z rozwojem medycyny i kultury, zaczęły te zwyczaje ustępować miejsca postępowaniom, opartym na wiedzy i rozszerzanym wśród ogółu za pomocą szerokiego uświadamiania.

W dobie obecnej, jak wiemy, uświadamianie skoncentrowało się w Ośrodkach Zdrowia. Poradnie dla matek postawiły sobie za cel roztoczenie opieki nad zdrowiem kobiety ciężarnej, i to opieki wszechstronnej,

a polegającej na czuwaniu nad stanem zdrowia ciężarnej, na uświadamianiu jej o zachowaniu się podczas ciąży, na nauczaniu, w jaki sposób utrzymywać mieszkanie w czystości i przygotować je do porodu; jednem słowem na nauczeniu kobiety zasad higjeny osobistej i otoczenia.

Część tej pracy wykonuje się w poradni na miejscu, podczas wizyty u lekarza, druga część — w mieszkaniu ciężarnej za pośrednictwem pielęgniarki społecznej.

Tu, jak widzimy, zaczyna się szeroka i wdzięczna praca dla pielęgniarki. Nic nie powinno ujść jej uwagi, nawet najmniejszy szczegół, całą swoją wiedzę higjeniczną może i powinna praktycznie zastosować w czasie odwiedzin. A przyjdzie jej to tem łatwiej, że ma do czynienia z kobietą, która czeka przyszłego potomka najczęściej z tęsknotą, a więc wrażliwa jest na odwiedziny i chętnie stosuje się do udzielanych jej wskazówek, gdyż tu chodzi nietylko o nią samą, ale i o jej przyszłe dziecko. A wiemy przecież, ile matka potrafi zrobić dla swego dziecka! Dlatego też pielęgniarka społeczna powinna umieć wyzyskać ten nastrój kobiety dla uświadomienia jej i pouczenia.

Trudno jest podać gotowe metody postępowania. Ogólne zasady są dostatecznie przyswojone podczas studjów, resztę podpowiedzieć musi serce, a uzupełnić własne doświadczenie. Pielęgniarka społeczna powinna każdorazowo wczuć się w życie i troski rodziny, w ich cierpienia moralne i cielesne, umieć pocieszyć i nauczyć.

Praca zaiste godna naśladowania, a tem się różniąca od pracy przygodnych osób, że oparta jest na pewnych podstawach wiedzy i musi być wytrwała.

Chwilowe niepowodzenia nie powinny zniechęcać i wzbudzać zwątpienia, lecz hartować, gdyż: „...przyszłość to trud, nie zejdzie ona z nieba przez żaden cud, lecz zdobyć ją potrzeba“.

Dr. Piotr Mężyński

Tydzień dziecka!

Dziecko — to przyszłość narodu. — Pracujmy wszyscy dla jego dobra!

Odwiedziny u niemowlęcia

Pielęgniarka udaje się do rodziny, aby odwiedzić niemowlę albo wtedy, gdy ono w poradni jeszcze nie było, albo, gdy jest już do poradni zapisane. W pierwszym wypadku będą to odwiedziny „propagandowe“ w drugim — „regularne“.

Odwiedziny propagandowe

Pielęgniarki otrzymują raz na miesiąc z miejskiego biura rejestracyjnego listę urodzin w ciągu miesiąca. Według niej udają się do rodzin rzemieślników, robotników, kolejarzy i t. d.; rodzin zamożnych nie odwiedzają.

Objaśniają matki o istnieniu i zadaniach poradni, duży nacisk kładąc na tłumaczenie, dlaczego należy przynosić tylko dziecko zdrowe — co zresztą powtarzają również podczas wszystkich odwiedzin regularnych. Każde takie odwiedziny pielęgniarki starają się przeprowadzić indywidualnie, zależnie od napotkanego typu matki, zależnie od wyglądu dziecka; zwracają uwagę na ten lub ów szczegół, który powinien być omówiony przez lekarza, na kwestje, które nasuwają matce wątpliwości, a które w poradni zostaną rozstrzygnięte.

Wywiady propagandowe dają dobre rezultaty: w poradni na Podgórzu zgłasza się około 75 procent matek odwiedzonych.

Odwiedziny regularne

Odwiedziny regularne mają na celu dopilnowanie wykonania wskazówek lekarskich, pouczenia o higjenie niemowlęcia i środowiska, poparte demonstracjami pielęgnowania niemowlęcia, dalej poznanie całej rodziny i, o ile trzeba, roztoczenie nad nią szerszej opieki.

P i e r w s z e o d w i e d z i n y są jedynie nawiązaniem stosunków z matką, nie mogą więc obejmować całego wywiadu, dotyczącego mieszkania, liczby mieszkańców i t. d., zwłaszcza zaś — stanu majątkowego, co do którego, jak zauważyłam, rodzina, dobrze nie znając pielęgniarki, nigdy nie poda rzeczywistych danych. Pierwsze odwiedziny ograniczają się więc zazwyczaj do samego jedynie niemowlęcia.

Poniżej podaję wskazówki — tylko najważniejsze — jakich udzielamy matkom w domu.

Zaznaczam jednak, że kieruję się zasadą, by nie radzić rzeczy niewykonalnych. Lepiej zgodzić się na pewne ustępstwa, niż, przez nazbyt rygorystyczne narzucanie matkom wymagań higjenicznych, tracić ich zaufanie i narażać się na to, że nie będą się stosowały nawet do wykonalnych zleceń. Weźmy np. rodzinę, mieszkającą w jednej izbie. Ojciec, piekarz, pracuje całą noc, a sypia w dzień w domu, starsza córka przygotowuje się do egzaminu seminarjalnego. Jeśli w takiem środowisku zechcemy walczyć o to, by odebrano smoczek niemowlęciu, które się już doń przyzwyczaiło — wywołamy słuszne oburzenie ze strony rodziny. Musimy się więc zgodzić na smoczek, a kładziemy nacisk na to, by to był rzeczywiście smoczek, a nie szmatka z cukrem, by go nikt nie lizał, by podniesiony z podłogi nie wędrował prosto do buzi niemowlęcia i t. d.

Dalej — musimy uzależniać nasze wskazówki od tego, kto głównie zajmuje się dzieckiem: matka, siostra, babka, sąsiadka, czy służąca. Musimy starać się wpłynąć na całe otoczenie: nie wystarczy pouczyć tylko matkę, a pozwolić np. ojcu, by huśtał dwutygodniowe niemowlę, lub dawał mu pić z tej samej, co on pije, łyżki.

Częstość odwiedzin uzależniamy od wieku i stanu niemowlęcia. W pierwszem półroczu życia odwiedzamy je dwa lub trzy razy na miesiąc, w drugiem — raz na miesiąc. W niektórych wypadkach bywamy w rodzinach znacznie częściej.

Przygotowanie odwiedzin. Odwiedziny przygotowujemy na podstawie karty lekarskiej, karty społecznej, oraz podręcznej książeczki, w której lekarz zapisuje uwagi, dotyczące matki i dziecka, a na które pielęgniarka ma położyć szczególny nacisk.

Z karty lekarskiej wypisujemy w notesie imię i nazwisko niemowlęcia, ślubne, czy nieślubne, wiek, datę ostatniej bytności w poradni, ostatnią wagę (z przybytkiem lub ubytkiem) ostatnie obserwacje i zlecenia lekarskie, wszelkie schorzenia, które dziecko przeszło przed i podczas należenia do poradni, karmienie od urodzenia. Z karty społecznej zależnie od tego, czy znamy dobrze, t. j. czy pamiętamy, lub czy znamy mało daną rodzinę, wypisujemy mniej lub więcej szczegółów. Karty społecznej nigdy nie wyciągamy w domu i nic w domu nie notujemy.

Przykład przygotowania odwiedzin [1])

Staś Dudziński, śl., 6 mies., 15 IV waga 7200, w marcu silne czyszczenia. Krzywica; vigantol. Pierś 4 razy i obiad normalny. — Stan majątkowy średni, ojciec szewc. Matka staranna. 4-ro rodzeństwa — 5-cio letni Jaś nie ma szczoteczki do zębów. — Śpi samo? Smoczek?

Odwiedziny

Orjentujemy się przedewszystkiem w rozwoju dziecka. Jeśli nie śpi, staramy się obejrzeć je dokładnie. Zależnie od wieku, zwracamy uwagę na liczbę zębów, ciemiączko, czy dziecko siedzi, stoi i t. d. i nie pozwalamy za wcześnie sadzać, uczyć chodzić, uczymy, jak należy dziecko chwytać i nosić. Zwracamy uwagę na objawy patologiczne, zwłaszcza znamionujące krzywicę. Oglądamy skórę, czy niema wysypki, śladu ukąszeń, potówki. Pytamy o stolce, ewentualnie je oglądamy.

Jeśli dziecko ma czyszczenia, staramy się dojść, co jest ich powodem: lekarstwo, dieta? Dziecku, karmionemu piersią polecić możemy 6 godzin przerwy w karmieniu i podawanie przez ten czas herbaty, dziecku, karmionemu sztucznie — taką samą przerwę, zamianę kleiku owsianego na ryżowy, nie dawanie jarzyn, owoców i t. d. Nigdy nie polecamy żadnych lekarstw, nawet takich, które dziecko dostawało przy poprzedniem czyszczeniu; kierujemy na najbliższy dzień w poradni, albo natychmiast do lekarza — zależnie od stanu dziecka i wyglądu stolców.

Karmienie

Pielęgniarka musi znać system odżywiania, stosowany przez lekarza w danej poradni. Schemat karmienia — u nas obowiązujący — podaję więc nie jako wzór dla pielęgniarek z innych poradni, lecz

*) Podaję przygotowanie odwiedzin oraz, na końcu artykułu, ich zapisywanie dla pielęgniarek stale pracujących; uczennice muszą to robić nieco inaczej, szczegółowiej.

Schemat karmienia naturalnego

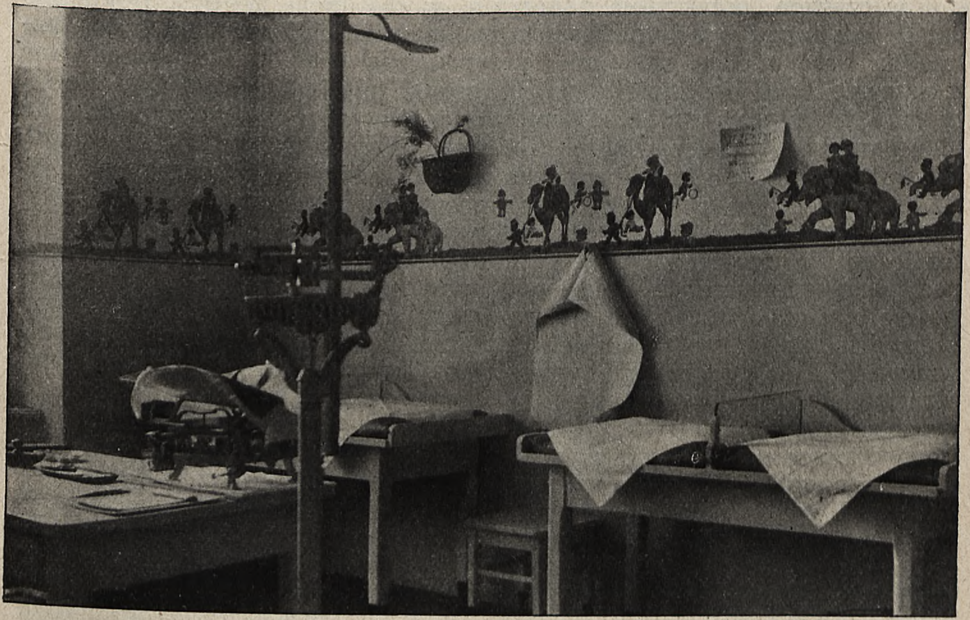
Wiek	Ilość mleka na dobę	Liczba posiłków	Poszczególne posiłki	Uwagi
1 dzień	10 gr. wody	2	5	
2 „	70— 90	4 - 6	15 – 20	
3 „	120—190	6—8	20 - 30	
4 „	210—310	6—8	30 – 40	
5 „	280 - 390	6—8	40—50	
6 „	350—390	6—8	50—60	
7 „	420—470	6—8	60—70	
2—4 tyg.	500	6—7	70—80	Z początkiem 1. mies. odpada karmienie w nocy. Co 3 godziny
1—2 mies.	600	6	100	
2—3 „	800	6	130	
3—4 „	900	6	150, soki	
4—6 „	1000	6	165, jarzyny	
7 mies.	800	5	1. pierś (200 gr.) 2. „ „ „ 3. obiad: grysik na rosole, jarzyna, kompot 4. pierś (200 gr.) 5 „ „ „	Co 3½ godz.
8—9 mies.	600	5	1. pierś (200 gr.) 2. „ „ „ lub ml. pełne. 3. obiad 4. kaszka na wodzie, owoc. 5. pierś (200 gr.)	
10 mies.	450	5	1 pierś (200 gr.) lub ml. p. 2. bułka z masłem, herb. z ml. 3. obiad 4. kaszka 5. pierś (200 gr.)	
11 i 12 mies.	1. 200 gr. mleka p. + bułka z masłem 2. bułka z masłem, owoc 3. obiad 4. 100 gr. ml. p., bułka z masłem i owoc 5. kaszka na mleku, soki			Odstawione od piersi.

Schemat karmienia sztucznego

Wiek	Ilość mieszanki lub mleka p. na dobę	Liczba posiłków	Poszczególne posiłki	Uwagi
1 dzień	10 gr. wody	2		Mleko
2 „	70— 90 ml. 1/2	4 - 6	15—20	rozcieńczone
3 „	120—190 „	6—8	20—30	wodą + 5% C
4 „	210—310 „	6 - 8	30—40	
5 „	280—390 „	6—8	40—50	
6 „	350—390 „	6—8	50 - 60	
7 „	420—470 „	6—8	60—70	
2 - 4 tyg.	500 ml. 1/2	6—7	70—80	Mleko rozcień-
1—2 mies.	600 ml. 2/3	6	100	czone 2% kle-
2—3 „	800 „ „	6	130	ikiem owsianym
3—6 „	720 ml pełne	5—6	110—150	+ 5% C Co 3 godziny
7 mies.	500 ml. p.	5	1. 120 gr. ml. p. 2. grysik na wodzie z ml. 3. obiad 4. 120 gr. ml. p. 5. 200 gr. ml.	Co 3 1/2 godz.
8 - 9 mies.	500 ml. p.	5	1. 120 gr. ml. p. 2. grysik z ml 3. obiad. 4. 120 ml. 5. 200 ml	
10 mies.	500 ml. p.	5	1. 120 gr. ml. 2. 80 gr. ml., bułka z masłem 3. obiad 4. 120 gr. ml. 5. 200 gr. ml. lub grysik na ml.	
11 i 12 mies.	1. 200 ml. p. 1/2 bułki z masłem 2. 1/2 bułki z masłem, jabłko tarte 3. obiad 4. ml. 100 gr., 1/2 bułki, jabłko 5. kaszka, soki			
18 mies. 25 mies.	może dostać mięso skrobane może dostać jajko (żółtko)			

dlatego, że każda pielęgniarka, pracująca w Stacji Opieki nad niemowlęciem, powinna posiadać podobny schemat, napisany według wskazówek lekarza. Nasze pielęgniarki mają schemat zawsze przy sobie podczas odwiedzin dla ogólnej orjentacji, ale zawsze rady swe uzależniają od poleceń, dawanych przez lekarza indywidualnie każdemu dziecku.

Karmienie piersią. Tłumaczymy jego wartość i znaczenie tak dla matki, jak dla dziecka. Nigdy nie pozwalamy matce dokarmiać bez porozumienia z lekarzem — tem bardziej odstawiać dziecka. Pilnujemy, by matka odstawiała stopniowo, co miesiąc ujmując jedno karmienie, by nie odstawiała podczas upałów. Godziny karmienia układamy zależnie od zajęć matki. Nie zawsze radzimy każdorazowe mycie broda-



Stacja opieki nad Matką i Dzieckiem ul. Słoneczna 4 Kraków

wek przed karmieniem: w mieszkaniach, gdzie niema bieżącej wody i gdzie jest dużo dzieci, matki najczęściej tego nie robią. Radzimy więc tylko dokładne mycie piersi przy porannej toalecie i częste zmienianie koszuli, ewentualnie stanika lub ręcznika na piersiach. Matka podczas karmienia siedzi wygodnie, na niskiem krześle, z kolanami dosyć wysoko. Zwraca uwagę na pozycję dziecka, na to, by dziecko dobrze chwytało brodawkę i obwódkę i nie miało noska ugniecionego; leniwe dziecko rozbudza. Czas trwania — do 15 minut. Polecamy karmienie naprzemian z obu piersi, chyba, że pokarmu w jednej piersi jest zamało, oraz każdorazowe opróżnianie piersi, tłumacząc, dlaczego. Jeśli matkę bolą brodawki, radzimy, aby dziecko ssało przez kapelusik, przy częstych bólach — okład z kwaśnej wody, ewent. kierujemy do lekarza. Dieta matki karmiącej: może jeść wszystko, żadnych alkoholi z wyjątkiem porteru, piwa. Ogółem 2 litry płynów na dobę. Matka karmiąca musi dbać o dobre trawienie i codzienne wypróżnienie.

K a r m i e n i e m i e s z a n e. Jeśli matka nie ma dosyć pokarmu, kierujemy ją do poradni i dopilnowujemy następnie wskazówek lekarza. Otworek w smoczku musi być mały (mieszanka spływa kropelkami) inaczej dziecko zdemoralizuje się i nie będzie chciało chwytać piersi. Zawsze dokarmiać p o podaniu piersi.

K a r m i e n i e s z t u c z n e (lub mieszane). Mleko musi być pewne, brane od tej samej kobiety, lub z mleczarni (o ile matka nie bierze butelek z mieszankami z kuchni mlecznej). Stoi przegotowane w czystem, przykrytem, tylko do tego używanem naczyniu, w najchłodniejszem miejscu, w lecie w drugiem naczyniu w wodzie, zmienianej, o ile można, parę razy dziennie. Kleik w ilości potrzebnej na całą dobę, stoi w czystem, przykrytem nauczyniu, w chłodnem miejscu. Dokładnie należy odmierzyć (jeśli matka nie ma miarki, obliczamy na łyżki) potrzebną ilość mleka, następnie przypadającą ilość kleiku przegotować z cukrem i wlać do flaszki. Jeśli mieszanka nie jest dostatecznie ciepła, zagrzać w gorącej wodzie. Temperaturę sprawdzić przez kapnięcie na dłoń paru kropel przez smoczek. Butelki z mieszankami, brane z poradni, trzymać w chłodnem miejscu w naczyniu z zimną wodą, zagrzewać j. w. (O lodówkach nie wspominam, gdyż należą one u naszych matek do wyjątków). B u t e l k ę radzimy wygotować przed pierwszem użyciem. Zależnie od wygody matki, po użyciu radzimy ją albo wypłukać, obsuszyć nad piecem kuchennym i postawić do góry dnem w garnuszku, pustej puszce od kakao i t. p., albo po wypłukaniu napełnić wodą. Przed dawaniem dziecku zawsze wypłukać. Raz na dzień wyparzyć przez nalanie wrzątku. N a c z y n i a i ł y ż e c z k ę dziecko powinno mieć osobne, utrzymane nadzwyczaj czysto, wycierane osobną ścierką. S m o c z e k trzymać w przykrytej szklance na sucho, albo w roztworze kwasu bornego. Zawsze spłukać wewnątrz i zewnątrz po użyciu. Nie radzimy codziennego gotowania smoczka u matek ubogich, ponieważ gotowanie go niszczy. Uważnie nakładać na butelkę. Ten sam sposób przechowywania i utrzymania w czystości smoczka dotyczy i „cumelka“, t. j. smoczka służącego do uspokajania — o ile musimy, z ciężkiem sercem, na niego się zgodzić. — Przepalanie małego otworu do ssania w smoczku zwykle pokazujemy.

U w a g i o g ó l n e. Karmić regularnie, o tych samych godzinach codzień, częstość wedle wskazówek lekarza. Gdy dziecko płacze, przewinąć, przewrócić na boczek, dać przegotowanej wody, ale nie karmić o niewyznaczonej godzinie. Budzić do karmienia. Przed karmieniem przewinąć, po karmieniu spokojnie ułożyć, nie przewijać zaraz nawet, gdy dziecko mokre, nie huśtać, nie zabawiać, nie kąpać.

H i g j e n a

Ł ó ż e c z k o. Orjentujemy się, w czem dziecko śpi — jeśli nie posiada łóżeczka, kołyski, ani wózka, radzimy, by sypiało w koszu na bieliznę, w pace, — byle samo. Wskazujemy najodpowiedniejsze miejsce: nie za blisko pieca, zdala od przeciągów. Bieguny od kołyski radzimy usunąć. Jeśli dziecko sypia w wózku, zwracamy uwagę, by budka w pokoju nigdy nie była podniesiona. Materacyk włosienny lub sienniczek, nigdy puchowe posłanie. Kołderka raczej niż pierzyna.

P o ś c i e l i b i e l i z n a musi być jak najlepiej utrzymana. Pieluszek zamoczonych przez dziecko nie suszyć bez opłukania. Każdą

zużytą pieluszkę rzucić zaraz do wiadra z lekkim roztworem sody lub mydła. Stolce spłukać zaraz i włożyć wraz z pieluszką do wiadra. Gotować pieluszki przy praniu ogólnem. Nie krępować dziecka, nie zawijać nigdy w ceratkę, nie kłaść mu majteczek ceratowych, nie przegrzewać zbyt ciepłem ubraniem i przykrywaniem. Przewijanie dziecka zawsze demonstrujemy, ucząc matkę robienia majteczek z 1 pieluszki (z tasiemką).

Czystość dziecka. Wskazówki kąpieli uzależniamy od środowiska, zawsze dając rady najłatwiejsze do wykonania. 1) Przygotować wszystko: na stole kołderka, przykryta ceratą i pieluszką, czysty kawałek płótna do mycia buzi, barchanowa rękawiczka do mycia, trochę waty, puder, ręcznik. W wanience (balji) czysto umytej wodę zmierzyć łokciem. 2) Dziecko ubrane położyć na stole i przed rozebraniem, by go



Ośrodek Zdrowia na Amelinie, Warszawa. Demonstracja kąpieli w poradni dla matek

nie ziębić, umyć oczki, nos i uszy wilgotną watą, buzię — gałgankiem, zamoczonym w czystej wodzie. 3) Dziecko rozebrać i namydlić szybko, zaczynając od główki, kończąc na pośladkach. 4) Dziecko włożyć do wanienki (balji), opłukać główkę i całe ciałko, i zaraz po opłukaniu wyjąć, położyć na stole, obsuszyć, opudrować i ubrać. — Kładziemy duży nacisk na mydlenie dziecka na stole, a nie już w wodzie. Kąpiel najczęściej demonstrujemy, zwracając uwagę matki na odpowiedni sposób chwytania i unoszenia dziecka.

Nie myć w buzi! — W razie „ciemieniuchy“, naoliwić główkę pół godziny przed kąpielą i zczesać grzebieniem przed i po kąpieli.

Po oddaniu stolca wymyć wodą i mydłem pośladki. Obcinać paznogcie dziecka. Jak najczęściej myć rączki i buzię dziecku, bawiącemu się już na podłodze.

P o w i e t r z e. Pouczamy o konieczności dobrej wentylacji pokoju, w którym dziecko przebywa, o codziennem wywożeniu na spacery, z wyjątkiem dni słotnych i wietrznych oraz silnych mrozów. Budki od wózka, jeśli niema wiatru, nie podnosić. Nie przegrzewać dziecka na słońcu, kąpiele słoneczne, wedle wskazówek lekarza.

P o k ó j, w k t ó r y m d z i e c k o p r z e b y w a powinien być utrzymany jak najczyściej, podłoga, zwłaszcza, gdy dziecko już po niej chodzi, szorowana często. Zamiatanie i ścieranie kurzu na wilgotno.

O t o c z e n i e. Zwracamy uwagę na stan zdrowotny całej rodziny i kierujemy, w razie potrzeby, do poradni, Kas Chorych, lub lekarzy prywatnych. Pouczamy, by zakatarzeni i kaszlący, o ile możności, nie zbliżali się do dziecka; jeśli osoba, zajmująca się niem kaszle, lub ma katar, powinna karmić i wszelkie zabiegi przy dziecku robić w masce. Nigdy nie dotykać dziecka brudnemi rękami. Całować w główkę, nigdy w usta.

W y c h o w a n i e d z i e c k a powinno się zaczynać od najwcześniejszego okresu jego życia. Tłumaczymy matce, że najczęściej ona sama jest winna, jeśli normalne, zdrowe dziecko źle sypia w nocy albo dużo krzyczy. Nie przyzwyczajanie do noszenia, huśtania, zabawiania, regularne karmienie i dobre pielęgnowanie zapewniają spokój i ciszę w domu. Od 6 miesiąca należy dziecko przyzwyczajać do nocniczka.

D e m o n s t r a c j e w d o m u. Do najczęstszych demonstrácyj w domu należy kąpiel, przewijanie, przygotowywanie mieszanek, jarzyn i t. d. Pielęgniarka, udając się wówczas do mieszkania, zabiera z sobą fartuch (zawsze nosi przy sobie termometr i flaszeczkę z alkoholem). Wszelkie zabiegi demonstrowane robi przy pomocy przedmiotów, znajdujących się w mieszkaniu, dlatego każda demonstracja posiada indywidualny charakter. Również często pokazuje matce, w jaki sposób ma odciągać pokarm, siedzieć i trzymać dziecko przy karmieniu i t. d.

Z a p i s y w a n i e o d w i e d z i n. Treść odwiedzin zaznaczoną w notesie zaraz po wyjściu z mieszkania, zapisujemy tylko na karcie społecznej. Staramy się opracować ją jak najzwięźlej, w tym celu używamy, w porozumieniu z lekarzem, pewnych skrótów. Jeśli piszemy: „dziecko kąpane raz na tydzień!“ — wykrzyknik oznacza, że zwróciłyśmy matce uwagę i dały odpowiednie wskazówki.

Przykład zapisywania odwiedzin:

Kazio, 8 mies. War. ciężkie, brudno. Matka niestar. — Zęb. brak, nie siedzi, gł. podnosi, poty. St. 3×dz. wolne. 2×p. 1×ob., 1×gr., 1×ml. z kl. ows.! Pol. ogran. jarz. Do por. W kolebce! Kąp. 2×tydz.! Brudne! Na pow. wynosz. — Pol. nie przegrzewać. Pokaz szybk. kąp.

Lekarz i pielęgniarki orjentują się, że treść odwiedzin, rozwinięta, jest następująca:

Kazio, 8 miesięcy. Warunki ciężkie, brudno. Matka niestaranna. Ząbków brak, nie siedzi, główkę podnosi, poty. Stolce 3 razy dziennie, wolne. Dostaje dwa razy pierś, 1 raz obiad, 1 raz grysik, 1 raz mleko z kleikiem owsianym, który polecono zmienić na ryżowy, polecono ograniczyć jarzyny. Skierowano na najbliższy dzień przyjęć. — Sypia w kolebce, polecono zdjąć z niej bieguny. Kąpane 2 razy na tydzień. Brudno utrzymane, polecono czysto utrzymywać. Na powietrze wynoszone. — Polecono nie przegrzewać. Pokaz szybkiej kąpieli.

M. K.

Praca pielęgniarki szkolnej

(Ze Szkół św. Anny i św. Mikołaja w Krakowie, oddanych jako teren praktyki dla uczennic Uniw. Szk. Pielęgniarek w Krakowie).

Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek w Krakowie stworzyła dla swych uczennic z początkiem roku szkolnego 1928/1929 placówkę praktyki w higjenie szkolnej. W zrozumieniu, że racjonalnie pojęta praca pielęgniarki nie może obejmować większej liczby szkół, Dyrekcja Szkoły Pielęgniarek uzyskała, po długich pertraktacjach, od Magistratu m. Krakowa 2 szkoły powszechne o liczbie 1300 dzieci, podczas gdy inne higjenistki szkolne (nieodyplomowane), których jest obecnie 7 — mają pod opieką 6 do 10 szkół, a więc do 6000 dzieci. Szkoły przydzielone to: Szkoła im.



Szkoła im. św. Anny w Krakowie. Przegląd głów

św. Anny przy ul. Topolowej dla dziewczynek i Szkoła im. św. Mikołaja przy ul. Lubomirskiego dla chłopców, sąsiadujące z sobą, a więc uczęszczają do nich dzieci z tych samych rodzin, co dla pracy pielęgniarskiej ma znaczenie pierwszorzędne.

W artykule niniejszym nie mam zamiaru podawać programu pielęgniarstwa szkolnego wogóle, pragnę tylko opisać obecny stan naszej pracy, który rozszerzał się i ulepszał przez 3 blisko lata, a który bynajmniej jeszcze nie objął wszystkich, tak bardzo szerokich możliwości, jakie nam higjena szkolna nasuwa. Ponieważ, będąc pielęgniarką szkolną, jestem jednocześnie instruktorką Uniw. Szkoły Pielęgniarek, przeto, na końcu artykułu poświęcam parę słów kształceniu słuchaczek w dziale higjeny szkolnej.

Praca dzieli się na 1) wewnętrzną; 2) zewnętrzną.

Praca wewnętrzna

Pomoc lekarzowi

Pomoc lekarzowi przy badaniu wstępnem. Lekarz ogląda po wakacjach wszystkie dzieci, celem wykrycia chorób zakaźnych (z początkiem roku szkolnego 1930/31 wykryto np. szkarlatynę w okresie łuszczenia i natychmiast skierowano dziecko do szpitala), chorób skórnych oraz jaglicy. Wypadki tej ostatniej dochodziły przed 20 laty do 30 proc., w zeszłym roku wykryto 2 przypadki, z początkiem zaś bieżącego roku szkolnego nie było w obu szkołach ani jednego przypadku jaglicy. Jednocześnie ze wstępnem badaniem lekarskiem, pielęgniarka sprawdza czystość dzieci — zwłaszcza czystość głów — oraz zapisuje w niższych klasach te dzieci, które nie były szczepione przeciw ospie.

Lekarz i pielęgniarka wybierają dzieci do dożywiania w szkole, zaczynającego się w listopadzie.

Pomoc przy badaniach indywidualnych. Co roku lekarz bada wszystkie dzieci z klasy 1, 4 i 7. Badanie odbywa się raz na tydzień, po 15 dzieci na 2 godziny. Matki, uprzednio zawiadomione, są obecne przy badaniu dzieci i mogą porozumieć się z lekarzem i z pielęgniarką. Lekarz szkolny skierowuje dziecko, o ile potrzeba, do odpowiednich ambulatorjów. Szczególny nacisk kładzie przy badaniu wstępnem na dzieci psychopatyczne, które są kierowane do poradni dla dzieci „wyjątkowych", przyczem, o ile matka sama nie będzie mogła dziecka do niej zaprowadzić, pielęgniarka zaraz na miejscu zbiera odpowiednią anamnezę, by ją przedstawić lekarzowi w poradni. Równie silny nacisk położony jest na dzieci gruźlicze.

Już podczas badania indywidualnego matki otrzymują odpowiednie instrukcje i informacje o kolonjach wakacyjnych w zależności od stanu materjalnego, ubezpieczeń i t. d.

Dzieci są ważone i mierzone przed badaniem w klasach przez pielęgniarkę, waga notowana jest na obowiązujących kartach indywidualnych. Wszelkie uwagi lekarskie dotyczące stanu zdrowia, skierowań i t. d., notowane są w podręcznej kartotece.

Pomoc przy szczepieniach, które odbywają się w szkołach od 15 maja. Szczepiona jest cała klasa IV i VII, oraz dzieci, które wogóle nie były szczepione.

Praca samodzielna w szkołach

Pielęgniarka ma wyznaczone przez władze miejskie stałe dni i godziny, podczas których obowiązana jest przebywać w szkole.

Czuwanie nad czystością dzieci. Pielęgniarka przegląda co miesiąc każdą klasę, zgóry wyznaczając na to godzinę, w porozumieniu z kierownictwem szkoły. Ogląda ręce, uszy, szyję, sprawdza, czy każde dziecko posiada chustkę do nosa.

Przedewszystkiem ogląda głowy. Walka z wszawicą jest jednem z najważniejszych, a najcięższych zadań pielęgniarki w szkole żeńskiej. Dziewczynka, u której znaleziono wszy, odsyłana jest natychmiast do domu z odpowiedniemi instrukcjami, a po trzech dniach zgłasza się do pielęgniarki, zanim pójdzie do klasy. Zwykle główka bywa już wtedy odwszona. Natomiast z gnidami jest ciężej. Nieraz nie wystarczają dwu i trzykrotne napomnienia. Pielęgniarki nie odwszawiają same głów dzieci,

a to nietylko dlatego, że szkoła żeńska nie rozporządza łazienkami, a miejski zakład odwszawiania jest położony zbyt daleko, aby pielęgniarki mogły tam dzieci stale wozić. Pielęgniarki nie odwszawiają dzieci celowo, by nie demoralizowć rodziców, którzy sami powinni dbać o czystość dzieci. Jak na każdym kroku, tak i w tej kwestji pielęgniarka działa w ścisłem porozumieniu z dyrektorką i gronem nauczycielskiem: dzieci z gnidami pomijane są przy rozdawaniu podarunków, matkom grozi się, że dzieci z gnidami nie pojadą na kolonje i t. d. — te metody odnoszą skutek. Najskuteczniejsze jest urzędowe wzywanie matek do szkoły, a potem dopilnowanie ich w domu, by oczyściły dziecku główkę.

Jak powiedziano wyżej, inspekcje główek odbywają się raz na miesiąc, przyczem pielęgniarka zapisuje w osobnym zeszycie dzieci, u których znaleziono wszy lub gnidy, według następującego wzoru:

Klasa .... Nauczycielka .... Czas trwania nauki Liczba dzieci

	10. IX.	9. X.	10. XI.							
B.	wszy	V	—							
Z.	V	—								
K.	V	V	V							
L.	wszy	V	V							
P.		I wszy	—							
H.			I V							

Dziesięć rubryk — dziesięć miesięcy pracy pielęgniarki w szkole. U dziewczynki B. 10. IX. stwierdzono wszy, 9. X. — gnidy (znak V), 10. XI. — czystą główkę. U P. po raz pierwszy zauważono wszy 9. X., 10. XI. — miała już czystą główkę. U H. — 10. X. zauważono gnidy po raz pierwszy i t. d.

W szkole męskiej troska ta odpada niemal całkowicie. Dla przeglądu czystości uzyskano tam ostatnio stałe godziny, podczas których pielęgniarka wybiera dzieci do obowiązkowej kąpieli.

Kwestja kąpieli wahała się długo. Ubikacje kąpielowe w latach ubiegłych były nieodpowiednio urządzone: niedostateczne ogrzewanie, niepewność uregulowania temperatury tuszu przyczyniały się do słusznych protestów ze strony rodziców. Obecnie ubikacje kąpielowe są znakomicie urządzone. Składają się z trzech dobrze ogrzanych pokoi. W jednym chłopcy zostawiają płaszcze i czapki, w drugim rozbierają się zupełnie, w trzecim — tuszują się; 12 sitek funkcjonuje równocześnie. Dzieci, uznane przez pielęgniarkę za brudne, według uchwały Komitetu rodzicielskiego i grona nauczycieli, tuszują się obowiązkowo raz na 2 tygodnie, w godzinach porannych. Dzieci czyste nie są obowiązane do tuszu, natomiast z wiosną wszytkie są do tego zachęcane. Pielęgniarka jest obecna przy tuszowaniu dzieci tylko z klasy 1-szej i 2-giej, przytem nauczyciel odbywa lekcję z dziećmi pozostałemi w klasie. Przy tuszach dzieci z wyższych klas obecni są nauczyciele. Pielęgniarce nie chodzi o to, by

myć dzieci, ale by je nauczyć się myć. Na komendę z gwizdkiem dzieci mydlą się dokładnie, obmywają i wycierają. Szkoła pielęgniarek ofiarowała myjki, ręczniki i szczotki. Mydło daje szkoła lub przynoszą je dzieci, niektóre dzieci przynoszą własne ręczniki.

Badanie wzroku. Wszystkie dzieci bada pielęgniarka raz do roku na krótkowzroczność. Badania odbywają się w dni pogodne w klasach, podczas mniej ważnych godzin. Dzieci, u których wykryto krótkowzroczność, kierowane są do lekarzy prywatnych lub ambulatorjów. Pilnowanie, by każde dziecko, tego potrzebujące, nosiło okulary, jest pracą żmudną, ale bardzo wdzięczną. Okulary dla dzieci ubogich, a nie ubezpieczonych, sprawie Komitet rodzicielski.

Badania słuchu pielęgniarka nie przeprowadza, nauczyciele zwracają się tylko do niej, jeśli które z dzieci źle słyszy.

Opatrunki. W obu szkołach istnieją apteczki, zaopatrywane z funduszów szkolnych, pozostające pod nadzorem i odpowiedzialnością pielęgniarki. Pielęgniarka robi małe opatrunki, zakrapla oczy i t. d. oraz udziela pomocy w nagłych wypadkach. Dzieci zgłaszają się do niej w godzinach stałych, chyba, że wypadek jest nagły.

Pogadanki. Pielęgniarka bierze za wiedzą władz zastępstwa godzin w szkole żeńskiej. Godziny te obraca na pogadanki, dobierając tematy, zależnie od wieku i pory roku: mycie rąk, zębów (z demonstracjami), opakowanie śniadań, odzież, muchy, epidemje [1]).

Rozmowy z rodzicami w szkole. Pielęgniarka wzywa często rodziców na rozmowy o dzieciach do szkoły. Nie chcę obniżać wartości odwiedzin domowych, lecz pewne kwestje, zwłaszcza z matkami opornemi, stanowczo lepiej i skuteczniej załatwić na terenie samej szkoły, gdzie pielęgniarka występuje w charakterze niejako urzędowym i ma prawo wymagać.

Rejestracja. Pielęgniarka prowadzi rejestrację na obowiązujących drukach; są to: 1) księga sanitarna, 2) karty indywidualne, 3) formularze dla 1-szych klas, 4) dla dzieci ułomnych, 6) skierowania do ambulatorjów. Prócz tego posiada zeszyty pomocnicze, w których zapisuje: 1) badanie czystości, 2) badanie wzroku, 3) dzieci skierowane do ambulatorjów, 4) do ambulatorjum dentystycznego, 5) rodziny gruźlicze, 6) rodziny biedne, — oraz prowadzi 7) podręczną kartotekę.

Kursy młodych matek. Dziewczynki z 7 klasy, dzielone na grupy po 20, przychodzą obowiązkowo popołudniu na „kurs młodych matek“, prowadzony przez pielęgniarkę, nieobecność jest zaliczana do nieusprawiedliwionych godzin szkolnych, a stopnie brane są pod uwagę przez nauczycielki przy stopniach z higjeny. Kurs trwa 12 godzin i obejmuje naukę o rozwoju, odżywianiu i higjenie niemowlęcia oraz o higjenie osobistej. Demonstracje kąpieli, przewijania i t. d. odbywają się w Szkole Pielęgniarek.

Komitet Rodzicielski. Pielęgniarka szkolna należy do Komitetu Rodzicielskiego i bierze żywy udział w jego obradach. Znając dobrze rodziny, może służyć radą w kwestjach kolonij letnich, rozdawania odzieży, dożywiania, rozdawania tranu w szkole i t. d.

---

*) P. Legutko, zanim rozpoczęła studja pielęgniarskie w Uniw. Szkole Pielęgniarek, 6 lat pracowała jako nauczycielka szkół powszechnych, przeto pogadanki jej są oparte na najnowszych zasadach metodyczno-dydaktycznych. (*Przyp. Red.)*

Pracę wewnętrzną utrudnia brak jakiegokolwiek, choćby małego, pokoju dla pielęgniarki. Apteczki, karty rejestracyjne i t. d. mieszczą się obecnie w gabinetach nauczycielskich, tu lekarz bada, tu odbywają się konferencje z rodzicami i opatrunki. Tu wreszcie instruktorka poucza słuchaczki, tu słuchaczki opracowują wywiady. W ten sposób pielęgniarka wchodzi w drogę nauczycielom — i odwrotnie. Obie strony dążą do tego, by w przyszłym roku szkolnym pielęgniarka mogła otrzymać pokój w szkole żeńskiej, w którym urządziłoby się centralną rejestrację i mogłoby przyjmować rodziców z obu szkół. Choć i w obecnych warunkach praca rozwija się coraz lepiej, to jednak uzyskanie pokoju znacznie ją ułatwi i udoskonali.

W przyszłości pielęgniarka będzie obchodziła o godzinie 11-ej, podczas wielkiej pauzy wszystkie klasy, aby sprawdzić, czy okna są otwarte i czy dzieci nie pozostają w klasach.

II. Praca zewnętrzna

Odwiedziny domowe

a) Odwiedziny dzieci z klas pierwszych. Wszystkim dzieciom z klas pierwszych rozdawane są na początku roku szkolnego drukowane kwestjonarjusze w sprawie mieszkania, zawodu rodziców, chorób przebytych i t. d. Na podstawie tych wypełnionych przez rodziców kwestjonarjuszy, pielęgniarka orjentuje się, dokąd ma iść najpierw, chodzi bowiem o jak najszybsze odwiedzenie rodzin ubogich, celem ustalenia listy dzieci dożywianych. Zadaniem pierwszych odwiedzin jest zapoznanie się z rodziną i udzielenie odpowiednich rad higjenicznych, dotyczących głównie dziecka szkolnego. Przychodząc z ramienia szkoły, pielęgniarka ma zadanie znacznie ułatwione, jeśli chodzi o wywiad, dlatego kartę społeczną wypełnia przy rodzicach zaraz podczas pierwszych odwiedzin, dotyczy to nawet i warunków materjalnych. Pierwsze odwiedziny trwają przeciętnie pół godziny.

b) Odwiedziny z powodu nieobecności w szkole. Jeśli dziecko jest nieobecne trzy dni, a nauczyciel nie zna powodu nieobecności, wykluczającego chorobę, lub gdy słyszał o chorobie od innych dzieci — przysyła pielęgniarce listę dzieci nieobecnych. W tym wypadku odwiedziny mają na celu wykrycie choroby i skierowanie do ambulatorjów, lekarzy prywatnych lub szpitala, nieraz natychmiast. W ten sposób udało się nam wykryć wypadek szkarlatyny, często wykrywamy mumpsa, ospę wietrzną.

c) Odwiedziny u dzieci wątłych, na które lekarz szkolny zwraca specjalną uwagę, zwłaszcza, gdy matka nie była obecna przy badaniu.

d) Odwiedziny u dzieci stale brudnych i zawszonych, celem dopilnowania ich oczyszczenia.

Ambulatorja

Dzieci, posiadające ubezpieczenie społeczne, prowadzą do ambulatorjów zazwyczaj rodzice. Dzieci nieubezpieczone, a ubogie, a więc nie mogące pozwolić sobie na wizytę u lekarza prywatnego, prowadzi pielęgniarka do ambulatorjów klinik uniwersyteckich, zwalniając dzieci z lekcyj w porozumieniu z nauczycielami. Dla uniknięcia zamieszania, do

poszczególnych ambulatorjów chodzimy zawsze w tych samych dniach tygodnia, oczywiście, jeśli nie zachodzi potrzeba natychmiastowej interwencji lekarskiej.

Na każdy zabieg bierzemy pozwolenie na piśmie od ojca lub matki, chyba, że któreś z rodziców jest przy zabiegu obecne.

Najwięcej bodaj czasu i wysiłku pochłania opieka nad zębami. Raz na rok lekarz miejski bada w szkole stan zębów wszystkich dzieci. Pielęgniarka, wedle otrzymanego spisu, prowadzi dzieci w godzinach pozaszkolnych do miejskiego ambulatorjum dentystycznego dla dzieci szkolnych. Po pierwszej wizycie musi dopilnować następnej. Dzieci, posiadające ubezpieczenia, prowadzą do ambulatorjów rodzice, lub chodzą same, jednak i tego pielęgniarka musi pilnować. Stan uzębienia w obu szkołach jest coraz lepszy.



Szkoła im. św. Anny w Krakowie. Opatrunki

Kolonja szkolna.

Szkoła im. świętej Anny dążyła oddawna do stworzenia własnej kolonji szkolnej. Dzięki inicjatywie grona nauczycielskiego powstała w roku szkolnym 1929/30 kolonja szkolna na 26 dziewcząt w Mucharzu,

w powiecie Wadowickim. Fundusze potrzebne uzyskano od województwa, dalej od Komitetu rodzicielskiego, opieki pozaszkolnej, poza tem nauczycielki zorganizowały szereg pogadanek, loteryj i innych imprez dochodowych. Kolonja trwała 5 tygodni, rezultaty były bardzo dobre. Pielęgniarka szkolna była kierowniczką kolonji, która w tym roku obejmie zapewne 50 dzieci.

Chłopcy, oraz dziewczynki nie wysyłane na kolonję szkolną, korzystają z kolonij kolejowych, Kasy Chorych i t. d.

Kształcenie słuchaczek Uniw. Szkoły Pielęgniarek

Praktyka słuchaczek trwa 4 tygodnie. Co 2 tygodnie przychodzi nowa uczennica, kiedy poprzednia jest już obeznana z pracą.

Praktyka uczennic zależy w pewnej mierze od pory, w której się odbywa: nie każda może widzieć badania wstępne, szczepienie ospy i t. d.

Przez dwa pierwsze tygodnie słuchaczka niemal nie odstępuje instruktorki, przez dwa następne jest mniej lub więcej samodzielna i wtedy bywa prawdziwą pomocą w całokształcie pracy. Robi opatrunki, asystuje lekarzowi przy badaniach i szczepieniach, oraz czasem prowadzi pogadanki dokładnie przedtem opracowane z instruktorką. Prowadzi dzieci do ambulatorjów, udaje się na odwiedziny z powodu nieobecności. Odwiedziny u klas pierwszych robi wyjątkowo, ponieważ instruktorka sama chce poznać każde środowisko.

Każda uczennica otrzymuje zeszyt z podziałem pracy w tygodniu. W nim notuje codzień zlecenia instruktorki i zawsze wie dokładnie, co będzie robiła nazajutrz; w ten sposób uniknąć można nieporozumień i zamieszania, co na terenie szkół jest rzeczą konieczną.

Praca moja dotychczasowa doprowadziła mnie do następujących wniosków:

1) Pielęgniarka szkolna — nie mająca pomocy w uczennicach — nie powinna mieć pod opieką więcej niż 500 dzieci.

2) Na użytek lekarza szkolnego lub pielęgniarki powinien być w szkole przydzielony specjalny pokój.

3) Pielęgniarka szkolna musi tak zorganizować sobie pracę, by jak najmniej przeszkadzać nauczycielom.

4) Wszelkie zamierzenia i poczynania pielęgniarki powinny być rozumiane i zatwierdzane przez kierownictwo szkół i grono nauczycielskie.

5) Pielęgniarka szkolna musi mieć za sobą ukończoną praktykę szpitalną, czyli szkołę pielęgniarstwa.

6) Musi umieć prowadzić pogadanki i mieć do tego odpowiednie przeźrocza, obrazki i t. d.

7) Pielęgniarka szkolna powinna raczej wychowywać rodziców, niż brać na siebie część ich obowiązków. Główny ciężar pracy pielęgniarki szkolnej w kierunku wychowania rodziców przypada na rozmowy z niemi w szkole, nie w domu, a rodzice zupełnie inaczej rozmawiają z pielęgniarką w domu, gdy ją uprzednio w szkole poznają. Dlatego konieczne jest, by pielęgniarka należała do komitetu rodzicielskiego, była obecna na przedstawieniach szkolnych i t. d. by, jednem słowem, nie pomijała żadnej okazji wejścia w styczność z rodzicami w szkole.

8) Przy organizowaniu współpracy pielęgniarki szkolnej z ośrodkiem zdrowia należy pamiętać, że dla pielęgniarki szkolnej punktem wyjścia musi być szkoła, a nie ośrodek. Pielęgniarki ośrodkowe powinny być ze szkołą w stałem porozumieniu, lecz odwiedzanie tych samych rodzin musi być dopuszczone.

Dzięki poparciu lekarza szkolnego oraz wyjątkowemu zrozumieniu, okazywanemu tak przez kierownictwo obu szkół, jak i przez grona nauczycielskie, praca nasza, tak bardzo wdzięczna i zajmująca, może iść pomyślnie i, mam nadzieję, będzie się rozwijała coraz szerzej.

Halina Legutko

Komunikat

Redakcja otrzymała od Polskiego Komitetu Opieki Nad Dzieckiem zawiadomienie następujące:

W dn. 15 kwietnia b. r. upłynął termin przysyłania prac na konkurs na pogadankę, organizowany przez Polski Komitet Opieki Nad Dzieckiem. Ogółem nadesłano 47 prac. Wobec konieczności przejrzenia tak licznych pogadanek ogłoszenie o wynikach konkursu będzie opóźnione, gdyż ze względów technicznych nie da się przeprowadzić w zamierzonym okresie oceny prac przez wszystkich członków Sądu Konkursowego.

Prośby o dalsze przedłużenie konkursu w żadnym razie uwzględnione nie będą.

Z materjałów propagandowych
Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem

Polski Komitet Pomocy Dzieciom (Warszawa, ul. Jasna 11) opracował na dni „Tygodnia Dziecka“ bogaty materjał propagandowy. W celu zapoznania z nim naszych Czytelników podajemy treść niektórych ciekawie opracowanych ulotek. — Przyp. Red.).

Co robić, żeby ustrzec dzieci od chorób zakaźnych?

Są rodzice którzy mówią: „nie wierzę w zarażenie, jak ma zachorować, to i tak zachoruje“.

Są rodzice, którzy mówią: „Franka Kowalskich miała szkarlatynę, Stefcia bawiła się z nią ciągle i nawet spała w tem samem łóżku, i nic“.

A są ludzie, którzy mówią: „Ja nie mogę wiedzieć, czy się zarażają, czy nie. Nie zajmowałem się tą sprawą, nie przyglądałem się setkom i tysiącom dzieci w szpitalach, nie znam się na tem. To jest rzecz uczonych, skoro oni doszli do tego, że choroby przenoszą się przez zarazki i że trzeba unikać tych zarazków — to trzeba ich słuchać“.

Jak wam się zdaje, którzy z nich mają rację?

Taniej kosztuje uprzedzić chorobę, niż leczyć.

D l a t e g o:

1. Jeśli jedno zachoruje — resztę odłączyć.
2. Myć im rączki przed każdem jedzeniem.
3. Czyściutko utrzymywać mieszkanie, pościel, bieliznę.
4. Tępić muchy, pchły, pluskwy, wszy i t. p.
5. Wietrzyć dobrze mieszkanie, otwierać okna, wpuszczać jak najwięcej powietrza, słońca, wietrzyć pościel.

Dlaczego umierają nasze niemowlęta?

Z każdych pięciorga dzieci, które się rodzą w Polsce, czworo się tylko chowa, a jedno umiera nie dożywszy roku. Z każdej piątki jedno — rozumiecie? To przecież niesłychane. Na dwadzieścioro dzieci szesnaścioro się chowa — a czworo umiera. Na setkę dzieci — ginie dwadzieścioro w 1-szym roku życa, a tylko ośmdziesięcioro wyżyje. Dlaczego tak jest? Czego tym dzieciom brakuje? Co robić, żeby dzieci tak nam nie umierały?

Dać im jak najwięcej powietrza i słońca.

Otwierać okna, żeby w izbie było czyste świeże powietrze.

Nie palić papierosów, żeby nie było w izbie dymu.

Trzymać je w czystych pieluszkach i koszulkach wypranych, wygotowanych, wyprasowanych.

Wszystko powinno aż błyszczeć z czystości!

Matka powinna myć ręce, zanim się dotknie dziecka — i zawsze mieć czysty fartuch.

Dopóki pępowina nie odpadnie — nie kąpać dziecka, tylko obmywać watą, umaczaną w ciepłej wodzie. a pępek przysypywać pudrem i obwiązywać czystą opaską. Potem kąpać codzień.

Nie dawać co chwila piersi, „żeby nie krzyczało“ — tylko karmić co 3 godziny. Niech lepiej pokrzyczy! Trudno. Zato potem przyzwyczai się do regularnego jedzenia.

Do czego należy przyzwyczajać niemowlęta?

1. Żeby zasypiały same bez kołysania, śpiewania i smoczka — zarówno przy świetle jak i pociemku.
2. Żeby leżały spokojnie same — bez ciągłego zabawiania i noszenia.
3. Żeby ssały tylko w oznaczonych godzinach.
4. Żeby były sucho przewinięte po każdorazowem zmoczeniu.
5. Żeby były codzień kąpane.
6. Po trzech miesiącach już zacząć wysadzać.
7. Wynosić na świeże powietrze.

Do czego trzeba przyzwyczajać dziecko, które skończyło rok?

1. Żeby się bawiło samo, bez ciągłego zabawiania i noszenia.
2. Żeby zasypiało samo, zarówno przy świetle jak i pociemku, bez kołysania i śpiewania, najpóźniej o 8-ej.
3. Żeby spało oddzielnie z rączkami na kołdrze.
4. Żeby wołało, kiedy się ma je wysadzić.
5. Żeby jadło tylko w oznaczonym czasie.
6. Żeby piło z filiżanki i jadło z łyżeczki.

Do czego należy przyzwyczajać dziecko, które skończyło dwa lata?

1. Żeby porządnie jadło i piło łyżeczką z filiżanki.
2. Żeby zasypiało samo, zarówno przy świetle jak i pociemku i najpóźniej o 8-ej.
3. Żeby nie moczyło się w nocy — i żeby samo prosiło, by je wysadzić.
4. Żeby się samo bawiło swojemi zabawkami.
5. Żeby się samo próbowało rozbierać i ubierać, o ile ubranie niema dużo guzików i tasiemek.
6. Żeby się nie bało ciemności, albo tego, że jest samo w pokoju.
7. Żeby się bawiło grzecznie z innemi dziećmi.

Do czego należy przyzwyczajać dziecko, które już ma trzy lata?

1. Żeby się samo bawiło.
2. Żeby samo jadło.
3. Żeby samo zasypiało, zarówno przy świetle, jak i pociemku.
4. Żeby samo się ubierało i rozbierało.
5. Żeby się samo myło i czyściło zęby.
6. Żeby prosiło, by je zaprowadzić do W. C.
7. Żeby się grzecznie bawiło z innemi dziećmi.
8. Żeby grzecznie mówiło do wszystkich ludzi.

9. Żeby się samo czesało.
10. Żeby sprzątało zabawki po skończonej zabawie — i wszystko składało na miejsce.
11. Żeby, bawiąc się ze zwierzętami, nie krzywdziło ich.

Do czego należy przyzwyczajać dziecko, które już skończyło cztery lata?

1. Żeby samo porządnie jadło w oznaczonych porach, a przedtem myło ręce.
2. Żeby samo kładło się spać najpóźniej o 8-ej wieczór.
3. Żeby się samo umiało bawić, a po zabawie sprzątało zabawki.
4. Żeby wszystko kładło na swojem miejscu.
5. Żeby bawiło się grzecznie z innemi dziećmi i miało do nich życzliwy stosunek.
6. Żeby do wszystkich ludzi mówiło grzecznie i miało do nich życzliwy stosunek.
7. Żeby nie krzywdziło zwierząt, żeby lubiło bawić się z niemi i poznawać je.
8. Żeby lubiło rośliny i kwiaty.
9. Żeby zawsze mówiło prawdę.

Chcecie być złymi rodzicami? — macie na to co najmniej 22 sposoby.

1. Wbijcie sobie w głowę, że cała dzisiejsza młodzież jest zła.
2. Wychowujcie dzieci tak, jak was wychowywano 50 lat temu.
3. Upatrujcie w swoich dzieciach same wady, a żadnych zalet.
4. Nie interesujcie się ani własnemi, ani cudzemi dziećmi.
5. Pozwólcie im trząść całym domem.
6. Trzymajcie się przesądów i zabobonów.
7. Odpychajcie dziecko, kiedy do was przychodzi zmartwione, choćby z powodu zepsutej zabawki.
8. Wytykajcie dzieciom waszą władzę rodzicielską.
9. Wtrącajcie się bez potrzeby do życia dziecka.
10. Wymawiajcie ciągle dzieciom, że drogo kosztują.
11. Gnębcie dziecko własnemi strachami i troskami.
12. Okłamujcie dziecko.
13. Nie dotrzymujcie obietnic.
14. Bijcie.
15. Wracajcie do domu pijani i róbcie awantury.
16. Zmuszajcie dzieci swe żebrać lub kraść.
17. Każcie odrabiać lekcje bez odpoczynku zaraz po przyjściu ze szkoły.
18. Pomagajcie im w oszukiwaniu nauczycieli.
19. Wyśmiewajcie i poniżajcie przyjaciół i kolegów waszych dzieci.
20. Przyzwyczajajcie dziecko do zbytków w ubraniu, jedzeniu i zabawie.
21. Uznawajcie inne prawa dla biednych, a inne dla bogatych.
22. Odbierajcie dzieciom każdy zapracowany przez nie grosz.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

Zmiany posad w lutym 1931 roku

S. Marja Braciszewska, po specjaliz. w Rentgenie do Szp. Wojsk. Przemyśl.
S. Józefa Bizowska, ze Szp. Wojsk. Lwów do Szp. Wojsk. Warszawa (Ujazd.)
S. Antonina Michalewska ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Kraków.
S. Rzeczycka Lidja ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Sanit. Wojsk. Zakopane.
S. Członkowska Marja ze Szpitala PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Modlin.

Przyjęte do Polskiego Czerwonego Krzyża

P. Marja Powidzka, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Lwów.
P. Marja Wiśniewska, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Lwów.
P. Marja Kowalewska, abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Lwów.
P. Bronisława Adamowicz, po ukończeniu 9 mies. K. Domu Macierz. Warszawa do Szpitala Wojskowego we Lwowie.

Zmiany posad w marcu i kwietniu.

S. Eysmontówna Janina ze Szp. Wojsk. Lwów do Szp. Wojsk. Brześć nad Bugiem
S. Natalja Barankiewiczówna z San. PCK. Zakopane do Szp. Wojsk. Wilno.
S. Julja Chmielewska ze Szp. Wojsk. Wilno do Szp. Wojsk. Lwów.
S. Regina Jundziłłówna ze Szp. Wojsk. Lwów do San. PCK. Zakopane.
S. Oktawja Likoń ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Warszawa, Mok.
S. Stanisława Likoń ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Warszawa Ujaz.
S. Zenobja Solecka ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Brześć nad Bugiem.
S. Anna Sokolnicka ze Szp. Wojsk. Modlin do Szp. Wojsk. Brześć nad Bugiem.
S. Jadwiga Szymańska ze Szp. Wojsk. Brześć nad Bug. do Szp. Wojsk. Modlin.
S. Józefa Wołoszynowa ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Wojsk. Modlin.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.